Należytość pocztowa gotówką uiszczona

Nr 2. Rok LX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28 Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

# CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 10·—, w nadesłanem Mkp. 12·—, w tekscie Mkp. 14·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

1921. Rok LX.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

## oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

### Kilka luźnych spostrzeżeń i uwag z zakresu symptomatologji śpiączki pląsawiczej nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica).

Podał

**Jan Piltz.**

(Odczyt wygłoszony 16. października 1920 w Towarzystwie neurologów i psychjatrów krakowskich, a 24 listopada 1920 w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

Z Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

W Krakowie przypadki śpiączki nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica) zaczęły się pojawiać w większej liczbie dopiero z końcem zeszłego i na początku bieżącego roku.

Spostrzeżenia swoje, zebrane na podstawie pierwszych 30 przypadków leczonych w klinice i w klinicznym neurologicznym oddziale wojskowym, istniejącym przy klinice, podał Sz. Panom asystent kliniki, Dr. Eugeniusz Artwiński, w odczycie swym w dniu 24 marca b. r.[1]).

Dziś pragnąłbym: 1) przedstawić kilka przypadków, znajdujących się obecnie jeszcze na klinice, 2) podzielić się z Panami niektóremi spostrzeżeniami z zakresu symptomatologji tej choroby, poczynionemi wspólnie z asystentami kliniki na dotychczasowym materjale kliniki, i 3) przytoczyć kilka uwag, jakie nam się podczas badania i obserwacji tych chorych nasunęły.

Podkreślić muszę odrazu na wstępie, że świeżych przypadków już oddawna nie widujemy. Wszyscy chorzy, którzy się jednak wciąż jeszcze zgłaszają, przeszli ostry okres tej choroby w pierwszych miesiącach roku bieżącego, tak że dziś znajdują się w okresie, który Pierre Marie nazywa postencefalitycznym.

W obecnym obrazie klinicznym tych chorych wysuwają się na pierwszy plan 2 następujące zespoły objawów: 1) zespół objawów Parkinsonowskich, 2) zespół objawów podniecenia ruchowego, syndrome excito-moteur Mariego[2]). Po trzecie pragnę zwrócić uwagę na miesiącami całemi trwającą bezsenność, a właściwie odwrócenie kolejności następowania po sobie stanów czuwania i snu: a mianowicie, że chorzy ci w dzień śpią, a w nocy nie śpią i są niespokojni.

Od stycznia 1920 r. obserwowałem 86 przypadków encephalitis choreiformis et lethargica.

Usposobienia wrodzonego lub nabytego do tej choroby nie stwierdziłem.

Bezpośredniego związku pomiędzy encephalitis choreiformis et lethargica a panującą zwykle równocześnie grypą w żadnym przypadku wykryć mi się nie udało. Zdaje się przecież, że encephalitis choreiformis et lethargica jest cierpieniem samoistnem.

Encephalitis choreiformis et lethargica zaczyna się nieraz dreszczami, prawie zawsze podniesieniem ciepłoty, najczęściej nie przekraczającej 38° R., wyjątkowo tylko dochodzącej do 39° lub 40°, bezsennością, bólami, podobnemi do neuralgicznych, głowy, karku, tułowia lub kończyn, uczuciem ogólnego niedomagania, niepokojem ruchowym i zaburzeniami psychicznemi.

Po wstępnym okresie bezsenności i podniecenia, trwającym od kilku do kilkunastu dni, następuje zwykle okres śpiączki, trwającej od kilku dni do kilku tygodni, po którym znów przychodzi bezsenność, trwająca nieraz kilka miesięcy.

Już od samego początku choroby, oprócz objawów wyżej wymienionych, często spotykamy jeszcze: zaczerwienienie spojówek i błon śluzowych nosa i gardła, wzmożenie wydzielania śliny, a równocześnie ciągłe siąkanie nosem, cmokanie ustami, chrząkanie i plucie. W okolicy nosa i kącików ust widzimy wówczas zwykle opryszczki (herpes labialis et nasalis) i nadżerki naskórka.

W obrazie klinicznym tej choroby uderza nas w początkowych okresach nadzwyczajne bogactwo i różnorodność objawów — w zależności od zajęcia najrozmaitszych części układu nerwowego, w dalszych fazach — to, że tylko pewna grupa objawów, u różnych chorych różna, utrzymuje się przez cały szereg tygodni lub miesięcy, a wreszcie, że nasilenie objawów często ulega pewnym wahaniom.

Zdarza się jednak i tak, że pewien ściśle określony typ objawów ruchowych lub pewne określone stałe ustawienie kończyn i tułowia zaznacza się już od samego początku choroby i utrzymuje się potem bez większych zmian przez cały szereg miesięcy.

Wszystkie objawy, spotykane w tej chorobie, dadzą się podzielić na dwie kategorje, a mianowicie na objawy podrażnienia i porażenia.

Do objawów wielce znamiennych dla tej choroby zaliczyć należy: w pierwszych okresach choroby niepokój i podniecenie psychoruchowe, w późniejszych ogólne unieruchomienie całego ciała — jeżeli się tak wyrazić wolno — zastygnięcie całej sfery ruchowej, przypominające chorobę Parkinsona, jak to widać na ryc. I, na tle którego to ogólnego unieruchomienia pewien specjalny objaw podniecenia ruchowego utrzymuje się nieraz cały szereg miesięcy.



Ryc. I.

Unieruchomienie całego ciała jakby zastygnięcie całej sfery ruchowej, przypominające chorobę Parkinsona — w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica epidemica u chorego W. Przypadek IV.

---

[1]) Dr E. Artwiński. Przegląd lekarski Nr. 4. 1920.

[2]) Pierre Marie, et Mlle Gabrielle Lévy: Le syndrome excitomoteur de l'encephalite épidémique. Révue neurologique Nr. 6. 1920.

Z początku chorzy znajdują się zwykle w ciągłym ruchu, nie mogą usiedzieć na miejscu, wykonują cały szereg rozmaitych nagłych i mimowolnych ruchów głową, rękami, nogami, tułowiem, zgrzytają zębami lub, jak to już podniosłem wyżej, cmokają ustami, siąkają nosem, chrząkają lub co chwila plują. Z drugiej strony widzimy nieraz skurcze w poszczególnych mięśniach lub tylko w pewnych odcinkach mięśni, albo tylko pęczkowe (fascykularne) lub włókienkowe drgania w mięśniach twarzy, żwaczach, w mięśniach kończyn, brzucha (»danse du ventre« autorów) lub przepony, powodujące nieraz czkawkę.

Z moich spostrzeżeń wynika, że w większości przypadków objawy ruchowe występują w jednej połowie ciała zwykle silniej, niż w drugiej, albo ograniczają się tylko do jednej połowy ciała i to — na co pragnąłbym zwrócić szczególniejszą uwagę — do strony prawej.

Co do rodzaju tych hyperkinetycznych objawów pragnę podnieść, że są to często dość szybko powtarzające się rytmiczne i wahadłowe zginania i rozginania, przywiedzenia i odwiedzenia w stawie nadgarstkowym, zginania i rozginania w łokciu, przywiedzenia i odwiedzenia ramienia, albo są to ruchy bardzo złożone całą kończyną lub całem ciałem, przypominające ruchy celowe. I tak u chorego B. (przypadek I) spostrzegaliśmy przez cały szereg miesięcy ruch prawą ręką, podobny do tego, jaki wykonywamy przy strzepywaniu kurzu z marynarki. U chorej K. M. (przypadek VIII) obserwowaliśmy przez kilka tygodni ruch prawej górnej kończyny, polegający na tem, że co pewien czas, z początku co kilka minut, później rzadziej, ręka prawa tej chorej unosiła się ponad głowę do pozycji pionowej. Chora była tem bardzo zażenowana i ażeby temu mimowolnemu ruchowi prawej ręki zapobiec, musiała ją lewą ręką silnie przyciskać do tułowia. Chory E. G. (przypadek VII) uderzał się co chwila pięścią prawej ręki w plecy, jak to widać na rycinie 2. Chory L. adwokat z X.,



Ryc. 2.
Złożony mimowolny ruch górną kończyną prawą, przypominający uderzanie się ręką po plecach, w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica u chorego E. G. Przypadek VII.

wykonywał co parę minut ruchy — i to również prawą ręką — takie, jakie się wykonywa przy szermierce floretami. Wychodząc z kliniki na spacer, chory, dla odwrócenia uwagi przechodniów od swego stanu chorobowego, w ręce chorej nosił laskę i laską tą mimowoli wymachiwał co chwila w powietrzu, tak jakby się nią bawił. Ruchy te utrzymywały się u niego przez cały szereg miesięcy.

U 5-letniego E. M. (przypadek VI) asystentka kliniki, Dr Aurelja Sikorska, spostrzegła bardzo charakterystyczne ruchy tułowia, przypominające zupełnie skręty wężowe. Takie falowania tułowia powtarzały się u tego chorego przez kilka miesięcy.

Chory S. przez cały szereg miesięcy wykonywał prawą ręką ruch podobny do wojskowego ukłonu albo obydwiema rękami uderzał się w piersi, a następnie wyrzucał obie ręce w bok, przyczem przy pierwszym ruchu unosił się na palcach w górę, a przy drugim cofał prawą nogę w tył i zniżał się cały, tak jak to czynią pensjonarki przy kłanianiu się.

Rytmiczne drżenie dłoni, przedramienia lub całej ręki, nieraz i dolnej kończyny tej samej lub przeciwnej strony o najrozmaitszem wychyleniu spostrzegaliśmy również u bardzo wielu naszych chorych. Ruchy w palcach dotyczyły nieraz tylko poszczególnych palców, czasami jednak obejmowały wszystkie palce jednej ręki i przypominały drżenie przy drżączce poraźnej.

Przy większem nasileniu tych bardziej złożonych mimowolnych ruchów spostrzegaliśmy nieraz wprost objawy jaktacji i hyperbalizmu — w postaci silnego uderzania ręką o klatkę piersiową o brzuch, o drugą rękę lub głowę, które wywoływały nieraz uszkodzenia skóry. Uderzenia te przypominają zewnętrznie stereotypowe ruchy, spostrzegane nieraz w daleko posuniętych przypadkach katatonji.

W dolnych kończynach, częściej niż drżenia i ruchy, spostrzegaliśmy stałe toniczne wzmożenie napięcia mięśniowego, wiodące do nadmiernego wyprostowania kończyny w stawie biodrowym i kolanowym a nawet do stopy końskoszpotawej. W niektórych przypadkach takie toniczne wzmożenie napięcia mięśniowego utrzymywało się przez cały szereg miesięcy w całem ciele. W jednym naszym przypadku napięcie mięśni kręgosłupa było tak silne, że chora H. (przypadek V) znajdowała się formalnie w stanie tężca tylnego (opisthotonus) i wskutek silnego kurczowego wygięcia kręgosłupa ku przodowi, lędźwiową częścią grzbietu nie dotykała do posłania, jak to widać na rycinie 3.



Ryc. 3.
Encephalitis choreiformis et lethargica. Silne napięcie mięśni kręgosłupa, powodujące stałe kurczowe wygięcie kręgosłupa lędźwiowego ku przodowi, rodzaj tężca tylnego. Przypadek V.

W kilku przypadkach zrobiłem spostrzeżenie, że wzmożenie napięcia mięśniowego w tułowiu i w bliższych tułowia odcinkach kończyn wraz z upośledzeniem ruchów czynnych w dużych stawach były silniej zaznaczone, niż w obwodowych częściach kończyn. W tych przypadkach n. p. ruchy palców i dłoni były znacznie mniej upośledzone, niż ruchy w stawie barkowym. O podobnych spostrzeżeniach wspomina również Pierre Marie w jednym z ostatnich numerów »Révue neurologique« (1920 Nr. 6).

W jednym przypadku Dr A. S i k o r s k a spostrzegała jednak większą sztywność i większe upośledzenie ruchów czynnych w stawie łokciowym, niż w stawach barkowym i nadgarstkowym.

Objawy wzmożonego napięcia mięśniowego w mięśniach żwaczach lub karku wiodły do szczękościsku, nieraz bardzo znacznego stopnia, lub do sztywności karku.

Bardzo ciekawy objaw spostrzegałem wspólnie z asystentem kliniki, Dr K. Beaurainem, u wyżej wspomnianej H., a mianowicie mimowolny śmiech ze spazmatycznym skurczem w obrębie obydwóch nerwów twarzowych: O ile chora leżała zupełnie spokojnie i nie zwracało się na nią uwagi, istniało u niej tylko nieznaczne stałe napięcie w mięśniach twarzy, tak że czoło było tylko nieznacznie zmarszczone poprzecznie i podłużnie, oczy z lekka przymrużone, fałdy nosowo-wargowe lekko zarysowane; ile razy jednak zwrócono się do chorej z jakiemś zapytaniem lub tylko skierowano na nią wzrok, wszystkie mięśnie twarzy popadały natychmiast powoli i stopniowo w coraz to silniejszy spazmatyczny skurcz taki, jaki w prawidłowych warunkach widzimy tylko przy wysilonym serdecznym śmiechu, przyczem górne powieki spazmatycznie opuszczały się na dół, szpary powiekowe stawały się bardzo wąskie, część skóry twarzy wraz z podskórnemi warstwami, znajdująca się pomiędzy górną wargą a nosem, oczywiście wskutek bardzo silnego skurczu mięśnia okrężnego ust tak silnie przylegała do górnej szczęki, że skóra w tem miejscu stawała się zupełnie biała i błyszcząca. To samo widać było i na podbródku, gdzie oprócz tego skóra była pomarszczona. W takim stanie — w tym zastygłym uśmiechu — pozostawała chora tak długo, jak długo się na nią patrzało lub wogóle zwracało uwagę. Stan ten ustępował potem tylko powoli. Objaw ten ilustruje dobrze rycina 4. Na zapytanie, dlaczego się śmieje, odpowiadała chora, że się nie śmieje, że to tylko twarz jej sama się tak kurczy. Mamy więc w tym przypadku bardzo interesujący, dotychczas nie opisywany przypadek rozszczepienia fizyologicznych i psychicznych objawów śmiechu: kurcz mięśni twarzy jak przy śmiechu bez składnika uczuciowego wesołości. Podobny stan spazmatyczny odruchowego mimowolnego śmiechu u drugiego chorego ilustruje rycina 5.



Ryc. 4.
Przypadek mimowolnego spazmatycznego skurczu w zakresie obydwóch nerwów twarzowych bez uczucia śmiechu, a więc rozszczepienie fizjologicznych i psychicznych składników śmiechu w przebiegu encephalitis choreiformis u chorej H. Przypadek V.

W jednym przypadku, a mianowicie u chorego M. O., spostrzegłem wspólnie z asystentem kliniki, Dr Stefanem Pieńkowskim, bardzo ciekawy objaw odruchowego mimowolnego spazmatycznego płaczu. Przy nawiązywaniu kontaktu z tym chorym lub nawet tylko przy zwróceniu uwagi na tego chorego, występował u niego odruchowo i mimowoli cały zespół objawów płaczu, a mianowicie: silne zaczerwienienie twarzy, obfite gromadzenie się łez w oczach, spływanie ich po policzkach i spazmatyczny skurcz mięśni policzków, dookoła ust i podbródka, taki jaki zwykle widzimy przy płaczu. Stan ten, jakkolwiek niezupełnie dobrze, odtwarza rycina 6. Chory, zapytywany dlaczego płacze, odpowiadał nam jednak, że bynajmniej nie miał zamiaru płakać i wcale nie płacze. W tym przypadku mieliśmy więc do czy-



Ryc. 5.
Mimowolny odruchowy spazmatyczny śmiech w przebiegu encephalitis lethargica epidemica u chorego K. Przypadek I.



Ryc. 6.
Przypadek odruchowego mimowolnego spazmatycznego płaczu, lecz bez uczuciowego składnika, a mianowicie depresji lub niezadowolenia, a więc rozszczepienie fizjologicznych i psychicznych objawów płaczu, w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica u chorego M. O Przypadek III.

nienia z odruchowym, mimowolnym spazmatycznym płaczem, jednak bez uczuciowego składnika, a mianowicie depresji lub niezadowolenia. Jest to niewątpliwie ciekawy, dotąd również jeszcze przy encephalitis epidemica nie opisywany przypadek dyssocjacji flzyologicznych i psychicznych objawów płaczu.

Co do związku, jaki istnieje pomiędzy drżeniem, spotykanem przy encephalitis choreiformis et lethargica, temi myotonicznemi i myoklonicznemi ruchami, podobnemi do ruchów pląsawicy, nieraz jednak bardzo skomplikowanemi i przypominającemi nieraz najbardziej złożone ruchy zamiarowe — a psychiką chorych, pragnąłbym podnieść to, na co już w swej pracy zwrócił uwagę Dr. Artwiński, że przy nawiązywaniu kontaktu z chorymi i przy zwracaniu ich uwagi na te ich objawy hyperkinezji, objawy te zwykle wzmagają się, zaś przy zamierzonych ruchach lub odwracaniu uwagi chorych, zmniejszają się lub nawet chwilowo zupełnie ustępują. Odwrotnie natomiast ma się rzecz z objawami zahamowania. Chory, znajdujący się w stanie głębokiego zahamowania, przypominającego chorobę Parkinsona, skarży się nieraz, że nie potrafi wykonać ruchu n. p. rąk unieść do góry, a tymczasem na kilkakrotnie powtórzony rozkaz wykonywa dany ruch całkowicie.

Wracając jeszcze raz do początkowego ostrego stanu podniecenia, podkreślić pragnę jeszcze i to, co zresztą i inni autorzy opisują, że w niektórych przypadkach występuje silne podniecenie psychoruchowe, przypominający stan maniakalnego podniecenia z euforją, gonitwą myśli, złudzeniami i omamami wzroku i czucia dotykowego, dezorjentacją i zamroczeniem, a więc stan t. zw. zawodowego obłędu (delirium), jaki widzimy w obłędzie opilczym (delirium tremens) albo zakaźnym (delirium infectiosum).

Podobne stany spostrzegałem u moich chorych nieraz tylko w chwili zasypiania, t. zn. w półśnie albo podczas snu, gdy tymczasem na jawie chorzy ci byli zupełnie spokojni i przytomni i nawet żadnych zrywań w mięśniach nie okazywali.

Jeden z naszych chorych, obserwowany wspólnie z Dr Artwińskim, handlarz bydła, przez sen żywo gestykulował, głośno mówił, krzyczał na trzodę, jak gdyby ją zapędzał do chlewu, odpędzał psa lub brał czynny udział w targu.

Wszystkie wyżej opisane objawy zaliczyć trzeba do grupy objawów podrażnienia. W bardzo wielu przypadkach jednak na pierwszy plan występują objawy poraźne albo — ogólniej mówiąc — stałe lub przemijające stany ogólnego albo częściowego zahamowania ruchowego. Stany takie charakteryzują się, jeżeli się tak wyrazić można, zastygnięciem całej sfery ruchowej. Chorzy tacy mają twarz maskowatą, jak z wosku, siedzą lub stoją z otwartemi oczami, zupełnie bez ruchu, nawet mruganie powiek jest zniesione, tak, iż sprawiają wrażenie posągów i w zupełności przypominają chorych, cierpiących na chorobę Parkinsona, na co zwrócił uwagę Pierre Marie. Samorzutnie tacy chorzy najczęściej nic nie mówią, zapytani zaś, odpowiadają rozsądnie, lecz powoli. Oprócz tego ogólnego zahamowania objawiają oni jednak wyraźną apatję, wbrew temu, co widzimy w chorobie Parkinsona, w której chorzy są psychicznie bardzo żywi i gdzie wyraz ich oczów świadczy o żywem zainteresowaniu się otoczeniem. Chorzy na encephalitis choreiformis et lethargica natomiast są na ogół apatyczni.

Głębokie stany ogólnego zwolnienia biegu myśli i apatji wiodą do śpiączki, od której pochodzi nazwa choroby.

Bardzo często się zdarza, szczególnie w późniejszych okresach choroby, że chorzy w dzień znajdują się w stanie śpiączki, a w nocy są bezsenni i podnieceni. Dzieci n. p. przez cały dzień śpią, a w nocy bawią się kołdrą, zabawkami, bucikami, swojemi własnemi i swego rodzeństwa, lub bez przestanku wciąż się w łóżku kręcą i rzucają, śpiewają lub pogwizdują sobie. Wygląda to wprost tak, jak gdyby, przy zachowanej rytmice kolejnego następowania po sobie stanów czuwania i snu, życie chorego przesunięte zostało o pół doby i jak gdyby stosunek stanu czuwania do ciemności i spokoju, jakie zwykle panują w przyrodzie w nocy, i stosunek stanu sennego do światła i zgiełku, panującego we dnie, był w śpiączce nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica) odwrotny, niż ten, jaki zachodzi o osób, nie dotkniętych tą chorobą. Objaw ten przy encephalitis choreiformis et lethargica jest tak uderzający, że jeden z asystentów, żartując, rzucił takie zapytanie: Coby też było, gdyby naszych chorych, śpiących we dnie a czuwających w nocy, przewieść na drugą półkulę ziemi, n. p. do Ameryki? Ten zmieniony typ perjodyczności zależy najprawdopodobniej od biologicznych właściwości nieznanego dotychczas zarazka choroby.

W stanach głębokiej śpiączki chorzy śpią i we dnie i w nocy prawie bez przerwy, budzą się tylko, lub muszą być budzeni, do jedzenia i załatwiania fizjologicznych potrzeb. Czasem nawet tylko z trudnością udaje nam się takich chorych zupełnie rozbudzić. Wówczas z początku są oni zwykle nieco zamroczeni i dopiero po dłuższej rozmowie odzyskują zupełną przytomność. Pozostawieni w spokoju, za chwilę znów popadają w śpiączkę. W bardzo głębokim stanie śpiączki wogóle nie udaje nam się chorego rozbudzić i taki chory musi być sztucznie karmiony zgłębnikiem przez nos, szczególnie jeżeli (obok ogólnego zesztywnienia) istnieje szczękościsk.

Czasami już na samym początku choroby, częściej jednak dopiero w końcu pierwszej fazy choroby, to znaczy jeszcze w okresie ogólnego podrażnienia układu nerwowego, zaczynają występować różne stałe lub zmienne objawy porażenia, albo, ściślej mówiąc, stany stałego lub przemijającego zahamowania różnych czynności fizjologicznych.

Do klasycznych poraźnych objawów tej choroby należą niewątpliwie przedewszystkiem objawy oczne, a mianowicie jednostronne lub obustronne opadnięcie powieki, którego nasilenie podobnie jak w myastenji nieraz z dnia na dzień się zmienia, zmienne porażenie poszczególnych mięśni ocznych, wiodące do przemijającego zeza i podwójnego widzenia, które również nieraz z dnia na dzień się zmienia, t. zn., że jednego dnia taki chory przez cały dzień skarży się na podwójne widzenie, a następnego dnia widzi zupełnie prawidłowo, co się nieraz przez parę tygodni powtarza, jak to spostrzegała u jednej chorej Dr A. Sikorska. Ze strony źrenic widzimy nieraz rozszerzenie, stałą lub zmienną nierówność, zniekształcenie konturów, osłabienie lub zniesienie oddziaływania na światło albo upośledzenie oddziaływania źrenic przy akomodacji i samej akomodacji, co, zdaje się, jest najczęstszą przyczyną zaburzeń wzroku, spotykanych w tej chorobie. W trzech przypadkach wreszcie spostrzegałem oprócz tego robaczkowe ruchy tęczówki, sprawiające, że zniekształcenie konturów źrenic ulegało ciągłym zmianom, jak to widać na ryc. 7.



Rycina 7.

Robaczkowate ruchy oddzielnych odcinków tęczówki, wiodące do ciągłej zmiany i zniekształcenia konturów źrenic, spostrzegane w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica. Powyższe różne kształty przybierała źrenica w przeciągu kilkudziesięciu sekund.

Takie robaczkowate ruchy tęczówki są najprawdopodobniej wyrazem asynergji w unerwieniu oddzielnych odcinków tęczówki. Objaw ten, dotychczas przy encephalitis choreiformis et lethargica, o ile mi wiadomo, jeszcze przez nikogo nie opisywany, spostrzegałem w trzech przypadkach tej choroby. Przed kilku laty spostrzegałem go u dziecka, chorego na gruźlicze zapalenie opon, a w roku 1902 u noworodka, u którego po kleszczowym porodzie wystąpiło porażenie ruchów jednej gałki ocznej i nerwu twarzowego po tej samej stronie[1]).

Porażenie obwodowe nerwu twarzowego jednostronne lub obustronne, porażenie połowicze z nieznacznem wzmożeniem odruchów ścięgnowych, osłabieniem lub zniesieniem odruchów skórnych, rzekomemi drgawkami klonicznemi stopy (clonus pedis spurius) i z objawem Babińskiego również spotykałem przy encephalitis choreiformis et lethargica nieraz; zaś zaburzenia dysartryczne mowy i porażenie o charakterze opuszkowym tylko w dwóch przypadkach.

W końcu jeszcze na jeden charakterystyczny objaw pragnąłbym zwrócić uwagę, a mianowicie na to, że w trzech przypadkach w obrębie tego samego nerwu twarzowego spostrzegałem skurcz, a równocześnie i niedowład. W spokoju u tych chorych widać było silnie zaznaczony skurcz mięśnia marszczącego brwi, kurczowe pogłębienie fałdu nosowowargowego z dość znacznem odchyleniem kącika ust, a przy ruchach czynnych zupełnie wyraźny niedowład w obrębie tego samego nerwu twarzowego.

Dno oka w przypadkach, w których okulistyczne badanie zostało przeprowadzone, a mianowicie przez klinikę okulistyczną prof. Majewskiego, było albo prawidłowe, albo stwierdzono czynne przekrwienie siatkówki.

---

[1]) J. Piltz. O asynergji w unerwieniu poszczególnych odcinków tęczówki. II Zjazd neurologów, psychjatrów i psychologów polskich. Kraków 1912.

Płyn mózgowo-rdzeniowy, jak to wynika z badań Dr A. Sikorskiej, wykazywał w niektórych przypadkach pleocytozę i cukier; często odczyn Nonne-Apelta był dodatni.

W końcu co do nasilenia choroby i jej przebiegu muszę podnieść, że obok przypadków lżejszych, leczonych ambulatoryjnie, spostrzegaliśmy od stycznia 1920 r. bardzo dużo przypadków ciężkich o przebiegu bardzo przewlekłym, trwającym do 13 miesięcy.

Na zakończenie pragnę podnieść, iż wydaje mi się, że dokładna analiza objawów, spostrzeganych w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica, może pośrednio rzucić dużo światła na patogenezę bardzo wielu objawów, spotykanych w innych chorobach, a mianowicie w chorobie Parkinsona, w różnego rodzaju myoklonjach, w pląsawicy, w katatonicznej postaci dementia praecox (stupor, skrępowanie katatoniczne), w psychozie manjakalno-depresyjnej (zahamowanie psychoruchowe), w śpiączce i innych, a z drugiej strony może się okazać bardzo cenną dla badań nad fizjologją takich objawów, jak drżenie, drgawki, różnego rodzaju złożone t. zw. psychiczne odruchy, kurcze, sztywność (rigiditas), stan parkinsonowski lub śpiączka; zaś w razie możności przeprowadzenia ścisłych badań mikroskopowych — w tych przypadkach, które za życia zostały klinicznie dokładnie zbadane, może mieć nawet duże znaczenie dla badań nad lokalizacją tych objawów.

Streszczając krótko, na podstawie dotychczasowego doświadczenia krakowskiej kliniki neurologiczno-psychiatrycznej co do symptomatologji encephalitis choreiformis et lethargica podnieść należy między innemi, co następuje:

1) W większości przypadków encephalitis choreiformis et lethargica hyperkinetyczne objawy występują w jednej połowie ciała silniej, niż w drugiej, albo ograniczają się tylko do jednej połowy ciała, i to — na co pragnąłbym zwrócić szczególniejszą uwagę — do strony prawej, przyczem w górnej kończynie częściej, niż w dolnej.

2) Mimowolne objawy hyperkinetyczne są często tak złożone, że zupełnie przypominają ruchy celowe.

3) W niektórych przypadkach występuje odruchowy mimowolny spazmatyczny śmiech lub płacz, niekiedy nawet bez odpowiedniego zabarwienia uczuciowego, a więc objaw rozszczepienia fizjologicznych i psychicznych składników śmiechu i płaczu.

4) W tęczówce czasami występują ruchy robaczkowe, powodujące zniekształcenie konturów źrenic, a ulegające ciągłym zmianom.

5) W obrębie tego samego nerwu (n. p. w n. fac.) widzimy nieraz równocześnie objawy kurczu i objawy niedowładu.

6) Spostrzegane w niektórych przypadkach opadnięcie powieki lub porażenie mięśni ocznych z podwójnem widzeniem ulega nieraz z dnia na dzień wahaniom.

7) Psychoruchowe zahamowanie bywa nieraz tak silne, że chorzy czasami nie mogą dowolnego ruchu wykonać, n. p. unieść ręki do góry; po kilkakrotnem powtórzeniu rozkazu ruch ten jednak wykonują całkowicie.

8) Wzmożenie napięcia mięśniowego (lub raczej zahamowanie ruchowe) w tułowiu i w bliższych tułowia odcinkach kończyn bywa nieraz silniejsze niż w obwodowych.

9) Przy zachowaniu kolejności następowania po sobie stanów czuwania i snu spostrzega się w większości przypadków stan czuwania w nocy, a sen w ciągu dnia.

Zjawisko to uderza regularnością swego występowania.

Zależność tego typu regularności mogłaby być ewentualnie uwarunkowana przez biologiczne właściwości nieznanego nam dotychczas zarazka choroby.

10) W bardzo wielu przypadkach encephalitis lethargica występuje objaw nadzwyczaj ciekawy, polegający na tem, że chory, na jawie spokojny, przytomny i zorjentowany o ile się z nim rozmawia, pozostawiony na chwilę samemu sobie natychmiast zasypia i w czasie snu staje się psychomotorycznie podnieconym, głośno rozmawia, żywo gestykuluje i z zachowania się jego i z tego co mówi widać, że ma liczne halucynacje, przeważnie wzrokowe, słuchowe i czucia dotykowego, i urojenia, odnoszące się do jego zwykłych codziennych zajęć, to zn. że chory, przytomny na jawie, z chwilą zasypiania popada w stan t. zw. zawodowego delirium.

Na zakończenie pozwalam sobie przytoczyć kilka typowych przypadków tej choroby.

### Przypadek I.

Ch. B., lat 37, handlarz koni, zachorował w lutym 1920. Z początku miał ból w lewej połowie głowy i strzykanie w lewem uchu, potem wystąpiły wymioty. Gorączki z początku nie było, spał źle; gdy zasypiał, przez sen mówił o handlu, kupcach, koniach; i we dnie przez sen dużo mówił. Po kilku dniach do tych objawów dołączyły się silne bóle w karku, w ramionach, rękach, nogach, mimowolne ruchy w prawych kończynach i bardzo uporczywe zatwardzenie.

Dnia 3. III. 1920, przy przyjęciu na klinikę, stwierdzono, co następuje: Twarz zaczerwieniona, maskowata, głowa zwrócona nieco w prawo, mięśnie szyi i karku po stronie prawej silnie napięte, sztywność karku, bolesność przy opukiwaniu w okolicy wyrostka sutkowego prawego i prawej kości ciemieniowej, anisocoria (prawa źrenica większa niż lewa), oddziaływanie źrenic na światło nieznacznie upośledzone, przy akomodacji dobre, przy patrzeniu w prawo kilka szarpnięć gałek ocznych w stronę prawą, niedowład w obrębie całego nerwu twarzowego prawego, słuch obustronnie nieco upośledzony, język w całości zbacza nieco w prawo, koniuszkiem w lewo, ustawienie łuków i podniebienia przy fonacji prawidłowe, odruchy z nich żywe. Ogólne silne napięcie mięśniowe w całem ciele; prawa górna kończyna jest zgięta w stawie łokciowym i zbliżona do klatki piersiowej, palec duży odchylony, drugi i trzeci wyprostowane, czwarty i piąty zgięte, [1]) w obrębie nogi prawej stan bardzo silnego napięcia mięśniowego i stałe ustawienie stopy szpotawej (pes varus); ruchy czynne w prawej górnej kończynie możliwe, ale wskutek silnego napięcia mięśniowego bardzo utrudnione, niepewne i nieco bezładne (ataktyczne), w lewej ręce swobodniejsze; w dolnych kończynach możliwe, ale w prawej bardzo utrudnione wskutek większego napięcia mięśniowego niż w lewej; przy ruchach biernych duży opór, po stronie prawej znacznie większy niż po lewej, przy ruchach zamierzonych i odwróceniu uwagi chorego na krótką chwilę zmniejszający się (Artwiński). W kończynie górnej prawej często mimowolne ruchy wahadłowe przywodzenia i odwodzenia w stawie barkowym i zginania i rozginania w stawie łokciowym, wiodące do ciągłego uderzania pięścią w klatkę piersiową lub pocierania o kołdrę; w palcach ruchy, wywołujące często ustawienia podobne do tych, jakie spotykamy przy atetozie. Siła mięśniowa w prawych kończynach jak gdyby większa, niż w lewych, może wskutek silniejszego napięcia mięśniowego w tych kończynach. Odruchy brzuszne słabe, równe; może prawe nieco słabsze, niż lewe. Odruchy ścięgnowe i okostne obustronnie silnie wzmożone, może prawe nieco silniej niż lewe, z powodu chwilowego silniejszego napięcia mięśniowego wywołać jednak czasami nie udaje ich się wcale. Objawu Babińskiego niema. Clonus pedis sinister. Lekka niezborność przy zsuwaniu pięty wzdłuż goleni. W nodze prawej drżenie i ruchy mimowolne zginania i rozginania w stawach biodrowym i kolanowym, w palcach najczęściej rozstawienie palców lub ustawienie Babińskiego. Przy siadaniu z pozycji leżącej, bez pomocy rąk, prawą nogę chory stale podnosi więcej niż lewą i dłużej ją utrzymuje w powietrzu. W pozycji stojącej skręcenie, wygięcie całego ciała, wypukłością w lewo. więcej fałdów na mięśniach tułowia po stronie prawej; prawy bark i prawe biodro niżej ustawione, niż lewe. Objawu Romberga niema. Chód chwiejny, niepewny z zataczaniem się w stronę lewą; noga prawa wyprzedza tułów, chory stawia ją zbyt daleko, opiera się piętą lub na zewnętrznym brzegu stopy, przyczem palce są zlekka wzniesione ku górze. W czasie chodu ręką prawą wykonywa chory co chwila mimowolne ruchy wahadłowe głównie w stawach barkowym i łokciowym, uderzając o klatkę piersiową; przypomina to ruch, jaki wykonywamy n. p. przy strzepywaniu kurzu z marynarki. Zaburzeń czucia brak.

Badanie kliniki okulistycznej prof. Majewskiego, wykonane przez Doc. Kleczkowskiego: V prawego oka $^6/_6$, lewego $^6/_6$; dno oka prawidłowe z obu stron; pole widzenia: prawe — prawidłowe, lewe — zwężone.

Badanie kliniki otiatrycznej prof. Nowotnego, wykonane przez Dr. Laskiewicza: Błony bębenkowe prawidłowe Bystrość słuchu prawidłowa. Badanie widełkami: Rinne: po prawej stronie + 8″, po lewej + 3″. Weber — lokalizuje na prawo. Schwabach obustronnie o 5″ skrócony. Przyrząd statyczny: Kalorycznie: wypłukanie prawego ucha wodą zimną o ciepł. 30° wykazuje kilka drgań poziomych na lewo, wypłukanie lewego ucha — drżenie oczu poziome 30″ trwające na prawo. Badanie na krześle obracalnem wykazuje: przy obrocie na prawo drżenie oczu poziome na lewą stronę 30″ trwające, przy obrocie na lewo — drżenie oczu poziome na stronę prawą 30″ trwające. Przy pochyleniu głowy na prawo: obrót na prawo daje kołowanie oczu (nystagmus rotatorius) 32″ na prawo, obrót na lewo — kołowanie oczu 18″ na lewo. Romberg na prawo wyraźny. Palec zbacza na lewo i w górę. Badanie internistyczne, przeprowadzone przez Doc. Oszackiego i Dr. Boratyńskiego prócz nieznacznego powiększenia wątroby i lekkiej bolesności wątroby przy omacywaniu i rozległego nieżytu oskrzeli lekkiego stopnia żadnych poważniejszych zmian w narządach wewnętrznych nie wykazało.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (Dr. A. Sikorska) dało wynik następujący: Ciśnienie lekko wzmożone, ilość ciałek białych w 1 cm³ — 2 do 3 (zamiast 0 do 2), białka 0,05 (zamiast 0,02) globuliny (Nonne — Apelt), ślad, ilość cukru nieco zwiększona. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego co do odczynu Wassermanna, wykonane przez prym. Dr. Kostrzewskiego dało wynik ujemny, bakteryologiczne, wykonane przez Dr. Eisenberga, wykazało, że płyn jest jałowy.

Zdjęcia Roentgena zrobić się nie udało z powodu ciągłych ruchów prawej ręki i głową (Dr. Korabczyńska).

Przebieg choroby: Stan chorego w pierwszych dniach pobytu na klinice zaczął się szybko pogarszać. Chory wciąż skarżył się na bardzo silne bóle głowy, bezsenność i ogólne osłabienie. Wystąpiła znaczniejsza sztywność karku, objaw Kerniga i zatrzymanie moczu i stolca Ruchy w prawej górnej kończynie występowały prawie bezustannie Ażeby uchronić chorego przed okaleczeniem się, a kołdrę od zniszczenia, musiano prawą rękę bandażować. Chory stale silnie gorączkował, przyczem ciepłota dochodziła w popołudniowych godzinach nieraz do 40°. Chory był stale zaczerwieniony i silnie się

---

[1]) Jak to widać na rycinie 4 pracy Dr. Artwińskiego, Przegląd lek. 1920 Nr. 4.

pocił. Tętno wahało się pomiędzy 124 a 140. Z powodu i w dzień i w nocy prawie bez przerwy występujących ruchów mimowolnych, zupełnej bezsenności, wysokiej ciepłoty i wielkiego utrudnienia przy karmieniu chorego, stan jego z dniem każdym tak się pogarszał, że zaczynaliśmy już wątpić, czy uda się nam utrzymać go przy życiu.

Dopiero po upływie 2 miesięcy stan ten zaczął się stopniowo nieco poprawiać, a 2 czerwca 1920 chory mógł już opuścić klinikę ze znaczną poprawą.

Leczenie polegało na stosowaniu przez pierwsze 2 tygodnie wcierań rtęciowych; od 13 do 20 marca wstrzykiwano choremu surowicę przeciwpaciorkowcową wielowartościową, po 20 cm³ codziennie w pośladki, śródmięśniowo. Następnie podawano przez parę tygodni urotropinę, a później chininę. Prócz tego otrzymywał chory codziennie ciepłą kąpiel i lewatywę, a w chwilach zapadu wstrzykiwania morfiny z kofeiną. W ostatnich tygodniach podawano choremu jod.

Podkreślić jeszcze trzeba, że środki uśmierzające bóle i środki nasenne okazały się, przynajmniej w pierwszych tygodniach, u tego chorego zupełnie bezskuteczne.

Nakłucie lędźwiowe wykonano dwukrotnie: 22. III. dla celów badania cyto- i serologicznego, 17. IV. — bakterjologicznego. Leczenie prowadzili asystenci Dr. E. Artwiński i Dr. M. Zieliński. Obecnie (15. XII. 1920) z listu chorego dowiaduję się, że ma się on zupełnie dobrze i jest zajęty w swoim zawodzie.

Co do rozpoznania dodać muszę, co następuje: Przy przyjęciu przyjęliśmy u tego chorego encephalitis choreiformis et lethargica, w początkach przebiegu choroby myśleliśmy przejściowo raz o encephalitis (abscessus?) cerebri ad basim cranii in regione pontis d., drugi raz o zajęciu móżdżku po stronie prawej. Dalszy przebieg choroby wykazał jednak, że mieliśmy do czynienia z bardzo ciężkim, ale klasycznym przypadkiem encephalitis choreiformis et lethargica.

Przypadek II.

S. K., lat 42, kupiec z K. Her. = O. Chorób poważniejszych nigdy nie przechodził, pił przez pewien czas dużo; przeczy jakoby przebywał kiłę. Z początku gorączka, bezsenność, zaburzenia psychiczne: mówił od rzeczy; przykro mu było, iż mogą o nim powiedzieć, że zgłupiał. Po kilkunastu dniach wystąpiła śpiączka, porażenie mowy, znaczne utrudnienie połykania, porażenie wszystkich czterech kończyn, górnych znaczniejsze, niż dolnych. We wrześniu stan ten zaczął się nieco poprawiać; mowa stawała się nieco wyraźniejsza, upośledzenie ruchów kończyn zaczęło się zmniejszać.

Do kliniki przyjęty został 16. IX. 1920 r. z następującemi objawami: Ogólne unieruchomienie i jak gdyby zastygnięcie ruchów, przypominające chorobę Parkinsona. Przy nawiązywaniu kontaktu z chorym często występuje na twarzy odruchowy, mimowolny kurczowy uśmiech. Uśmiech ten utrzymuje się przez kilkadziesiąt sekund pomimo woli chorego. Ryc. 5. Źrenice zniekształcone, na światło i przy akomodacji oddziałują ospale. Niedowład lewego nerwu twarzowego z istniejącym równocześnie w obrębie tego nerwu kurczem mięśniowym. Mowa opuszkowa nosowa, zamazana, niezrozumiała. Otwieranie ust i ruchy języka bardzo upośledzone. Chory przy jedzeniu często się zachłystuje, szczególniej pokarmami płynnemi. Silne ślinienie się. Nadżerki naskórka w okolicy ust. Sztywność kończyn przy ruchach biernych, w górnych kończynach znacznie silniejsza, niż w dolnych. Ruchy czynne w górnych kończynach bardziej upośledzone, niż w dolnych, powolne i ograniczone. Najbardziej jest upośledzone odwracanie lewego przedramienia i prostowanie lewej dłoni. Ruchy kończyn dolnych niezłe. Odruchy ścięgnowe górnych kończyn wzmożone, lewe silniej, niż prawe. Odruch kolanowy i achillesowy po stronie prawej silniejsze, niż po lewej. Rzekome kloniczne drganie stopy (clonus pedis spurius) po stronie lewej. Objaw Babińskiego obustronnie zaznaczony, po stronie prawej jednak wyraźniej, niż po lewej. Chory cierpi na zaparcie stolca, stolec miewa tylko po lewatywie. Po nocach prawie zupełnie nie sypia. W dzień często śpi.

Podkreślić należy w tym przypadku 1⁰ istnienie ciężkiego porażenia opuszkowego i znaczniejszego porażenia górnych kończyn, niż dolnych, 2⁰ kurczowy odruchowy i mimowolny uśmiech i 3⁰, zmienność nasilenia porażeń; są chwile, w których chory lepiej mówi i lepiej porusza kończynami, czasami znów mowa staje się zupełnie niewyraźną, a upośledzenie ruchów czynnych i biernych bardzo znaczne; taka sama zmienność zauważyć się daje i w odruchach, 4⁰, brak wszelkich objawów hyperkinetycznych jak: drżenia, drgawek, mimowolnych ruchów i odruchów złożonych.

Leczenie w tym przypadku polegało na stosowaniu chininy i urotropiny oraz przetworów arszenikowo-żelazistych, a także kąpieli, miesienia ogólnego i gimnastyki czynnej i biernej.

Stan chorego na ogół poprawił się. Sztywność kończyn górnych mniejsza, niż dawniej. W przeciwieństwie do dawnej największej sztywności w stawie barkowym, obecnie sztywność najwięcej zaznaczona jest w stawie łokciowym (Dr. Sikorska).

Przypadek III.

M. O., lat 19, rolnik z R., szeregowiec 51 p. p. Obecna choroba zaczęła się w marcu 1920 bólami i zawrotami głowy, gorączką i mówieniem od rzeczy. Po 3-tygodniowym pobycie na ogólnym oddziale chory został — widocznie z powodu silnie zaznaczonych zaburzeń psychicznych — przeniesiony na oddział psychiatryczny.

Do kliniki przybył 3. sierpnia 1920. Po przyjęciu stwierdzono objawy następujące: Ogólne unieruchomienie, twarz maskowata, jak z wosku, mowa niewyraźna, z oczu płyną łzy, z ust cieknie obficie ślina; niedowład obwodowy obu nn. twarzowych, cmokanie ustami, częste siąkanie nosa. Utrudnienie otwierania ust, język zbacza w lewo i drży. Włókienkowe drgania w prawym policzku, dookoła prawego kącika ust w mięśniach brody — jak przy płaczu. Ryc. 6.

Leczenie w klinice polegało na podawaniu proszków chininy i urotropiny i stosowaniu letnich kąpieli.

Chory obecnie czuje znaczną poprawę, sypia też lepiej. Przedmiotowo stwierdzamy jednak jeszcze cały szereg objawów chorobowych, a mianowicie: sinicę twarzy, rąk i nóg, ogólne zahamowanie, pochylenie głowy i tułowia ku przodowi, wyraźne upośledzenie mimiki twarzy, twarz maskowatą, pewne rozszerzenie szpar powiekowych, prawie zupełne zniesienie mrugania, włókienkowe drgania mięśni twarzy. Wargi znajdują się prawie stale w skurczu, warga dolna wysunięta jest silnie ku przodowi. Fałd nosowowargowy lewy lekko kurczowo pogłębiony. Lewa ręka w łokciu lekko zgięta, lewe przedramię znajduje się w lekkiej pronacji, drugi i trzeci palec lewej ręki zbliżony jest do pierwszego; gdy chory leży, jest lewa noga nieco zgięta w kolanie, lewa stopa w nieznacznem zgięciu podeszwowem i nieco skręcona na zewnątrz. Przy ruchach biernych napotykamy lekkie wzmożenie napięcia mięśni. Przy ruchach czynnych stwierdzamy: na ogół powolność ruchów, a dalej niedowład w obrębie obydwóch nerwów twarzowych, po stronie lewej silniejszy, niż po prawej, utrudnienie otwierania ust; język zbacza w lewo, drży; mowa cicha, wybuchowa; chory jedno słowo powtarza nieraz kilka razy bardzo szybko, jakby w drgawkach klonicznych, mówi przez zęby. Lekki niedowład kończyn lewych. Odruchy ścięgnowe i okostne żywe, lewe żywsze od prawych; drżenie stopy obustronne. Odruchy brzuszne bardzo słabe; prawe (szczególniej górny) słabsze od lewych. Odruch podeszwowy lewy słabszy od prawego. Objawu Babińskiego niema. Chód drobnemi kroczkami, tułów nieco naprzód pochylony. Oprócz tego spostrzegamy wzmożone ślinienie, czasami cmokanie ustami i bardzo częste siąkanie z nosa. Pod względem psychicznym chory jest na ogół apatyczny i samorzutnie prawie nigdy nic nie mówi, leży lub siedzi stale jak posąg. Przy nawiązywaniu z nim kontaktu odpowiada jednak zupełnie rozsądnie i żadnych głębszych zaburzeń psychicznych nie okazuje. Jestto klasyczny przykład parkinsonowskiego zespołu objawów w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica epidemica albo, jak go Pierre Marie nazywa, postencefalistyczny parkinsonowski zespół objawów.

W przypadku tym spostrzegaliśmy wspólnie z asystentem kliniki, Dr Stefanem Pieńkowskim, następujący ciekawy objaw, który dotychczas nie został jeszcze przez nikogo opisany, a mianowicie, że przy nawiązywaniu kontaktu z chorym lub nawet tylko przy zwracaniu się do niego występuje zupełnie odruchowo i mimowoli całkowity zbiór objawów płaczu, a mianowicie: silne zaczerwienienie twarzy, łzy cisną się do oczu i spływają po policzkach (w prawym więcej, niż w lewym), dookoła ust, w wargach i w podbródku występuje spazmatyczny skurcz mięśni z drżeniem i twarz cała przyjmuje wyraz taki, jaki widzimy zwykle przy płaczu. Chory zapytany, dlaczego płacze, odpowiada, że bynajmniej nie płacze i wcale niema zamiaru płakać. W przypadku tym mamy więc objawy odruchowego spazmatycznego płaczu, jednak bez uczuciowego składnika, a mianowicie depresji, smutku lub niezadowolenia, a więc bardzo ciekawy przypadek dyssocjacji fizjologicznych i psychicznych objawów płaczu.

Przypadek IV.

M. W., lat 25, absolwent seminarjum nauczycielskiego. Rodzice nerwowi. Chory zawsze był bardzo wrażliwy. W roku 1916 w wojsku, po zranieniu nogi lewej ułamkiem granatu, wystąpiło drżenie lewej nogi, które utrzymywało się przez 3 tygodnie. Zachorował w II. 1920; przez cztery tygodnie z początku gorączka, bezsenność, ogólne bardzo silne osłabienie. Później przez dwa miesiące śpiączka i bol w plecach. W czerwcu, jak podaje, pod wpływem silnego wzruszenia z powodu choroby matki, wystąpiło silne rozdrażnienie i drżenie głównie prawej ręki i lewej nogi. Do kliniki chory przybył 10. IX. 1920 z objawami następującemi: Twarz maskowata, jak z wosku. Unieruchomienie całego ciała, przypominające chorobę Parkinsona. Patrz ryc. 1. Sztywność w dolnych kończynach znaczniejsza, niż w górnych. Chory chodzi, lecz z wielką trudnością, zgięty ku przodowi. Przy próbie wyprostowania chyli się ku tyłowi. Hemiparesis facio-brachiocruralis dextra lekkiego stopnia. Odruchy kolanowe bardzo żywe. Odruch achillesowy prawy większy od lewego. Objaw Babińskiego obustronny. Drżenie prawej ręki, a przy wzruszeniach — całego ciała. Źrenice rozszerzone, nierówne, zniekształcone, prawie nie oddziałują na światło i akomodację. Śmiech odruchowy, mimowoli długo utrzymujący się. Chory jest milczący, samorzutnie mówi rzadko, cierpi na bezsenność. Na bóle się nie skarży.

Leczenie polegało na podawaniu chininy, urotropiny, salicylanu jodowego z kofeiną, przetworów arszenikowo-żelazistych, oraz stosowaniu kąpieli, miesienia i gimnastyki.

Obecnie stan chorego jest następujący: Twarz ciągle jakby zastygła. Ruchy czołem bardzo nieznaczne. Upośledzenie prawego nerwu twarzowego, otwierania ust i wysuwania języka, źrenice zniekształcone, prawa węższa niż lewa. Zwolnienie oddziaływania przy akomodacji (spostrzeżenie zrobione przez Dr Sikorską). Ruchy czynne ręką prawą są wykonywane ogromnie powolnie, dopiero po kilkakrotnem powtórzeniu nakazu, przy bardzo silnem drżeniu całej kończyny, szczególniej palców. W lewej ręce tosamo w mniejszym stopniu. Przy ruchach biernych opór, szczególniej przy rozginaniu stawu łokciowego. Sztywność kończyn dolnych bardzo wyraźna, znacznie większa, niż w górnych. Przy ruchach czynnych wybitne drżenie prawej nogi, mniejsze w lewej. Objaw Babinskiego tylko po stronie lewej. Chory siada z trudnością, wstaje z jeszcze większą trudnością. Przy chodzeniu ustawienie wybitnie parkinsonowskie i drżenie całego ciała. Chodzi na palcach. Musi być karmiony.

Przypadek V.

M. H., lat 27, żona ślusarza, z S. Od dzieciństwa bardzo wrażliwa. Za mąż wyszła w 22 r. ż.; mąż przed 10 laty przechodził jakąś chorobę weneryczną. Nie rodziła, nie roniła. Zachorowała 26. V 1920. Z początku

ból gardła i w boku i bezsenność. Od 3. V. ból głowy i w karku, szczękościsk, mowa niewyraźna, mówi przez zęby. Gorączki nie miała. Do kliniki przybyła 8. VI. 1920.

Stan ówczesny był następujący: Chora, miernie odżywiona, leży na wznak, na boku leżeć nie może z powodu bólów. Wyraz twarzy zastygły w uśmiechu. Chora mówi cicho, niewyraźnie, przez zęby, usta z powodu szczękościsku otwiera bardzo mało. Apetyt niezły, stolec zaparty, sen obecnie już nieco lepszy. Chora skarży się na ból w krzyżach i w bokach. Wzmożenie napięcia mięśniowego w tułowiu i w wielkich stawach kończyn; na obwodzie kończyn znacznie mniejsze. Z powodu silnego napięcia mięśni grzbietu wybitne wygięcie kręgosłupa ku przodowi: część lędźwiowa unosi się łukowato ponad pościelą. Ruchy głowy bolesne, pochylenie głowy ku przodowi utrudnione, możliwe do 30° od podłużnej linji ciała. Mięśnie twarzy w stanie skurczu; szczękościsk; języka chora nie może wystawić. Kończyny górne: ruchy palców swobodne zupełnie, dalej ku barkom coraz więcej utrudnienie ruchów. Kończyny dolne: ruchy stopy dość wolne, w stawach kolanowych czynne — znacznie ograniczone, bierne — z bardzo znacznemi oporami. Ściany brzuszne bardziej silnie napięte. Odruchy z m. dwugłowego i trójgłowego niezbyt żywe, kolanowe wzmożone, achillesowe bardzo żwawe. Objaw Babińskiego po stronie lewej zaznaczony; odruchy brzuszne zniesione.

W szczególności podnieść pragnę w tym przypadku, że wyraz twarzy chorej jest jakby zastygły w lekkim uśmiechu. Przy nawiązywaniu z chorą kontaktu, już przy zwróceniu się w jej stronę, wyraz jej twarzy mimowoli i odruchowo pogłębia się w uśmiechu. Patrz ryc. 4. Brwi są uniesione w górę, czoło jest poprzecznie pomarszczone, jednocześnie jednak wskutek skurczu mięśnia marszczącego brwi występują ponad nosem fałdy podłużne; pomimo nieco ku dołowi opuszczonych brwi zmarszczki na czole utrzymują się. Górne powieki są czynnie ściągnięte w dół; dolne powieki są mocno sfałdowane, nozdrza szeroko rozwarte, fałdy nosowowargowe kurczowo pogłębione (lewy więcej, niż prawy), kąty ust oddalone znacznie od siebie, wgłębienie rowkowate między nosem a wargą górną jest rozszerzone, skóra jego blada. Podbródek fałduje się, źrenice szerokie, anisocoria (lewa większa niż prawa), oddziaływanie na światło bezpośrednie mało wydatne i wyraźnie zwolnione; współczulne (konsensualne) bardziej wydatne i szybsze od bezpośredniego, szczególniej po stronie prawej. Oddziaływanie źrenic przy zbieżności i akomodacji nieco żywsze, chociaż też ograniczone i powolne. Przy badaniu źrenic spostrzega się ciągłe wyraźne robaczkowe lub ameboidalne ruchy tęczówki, wywołujące nieustanne zmiany konturów źrenic.

Stopniowo stan chorej ogólny poprawił się tak, że 11. lipca chora jako zupełnie wyleczona mogła klinikę opuścić.

W tym przypadku podnieść pragnę zjawisko dotychczas przy encephalitis epidemica jeszcze nie opisywane, a mianowicie fakt występowania — przy nawiązywaniu z chorą kontaktu — odruchowego kurczowego, mimowolnego śmiechu, utrzymującego się przez pewien czas pomimo woli chorej.

Przypadek VI.

E. M., lat 5, syn ślusarza z M. Obecna choroba rozpoczęła się w lutym 1920, od bezsenności i niepokoju mięśniowego w całem ciele.

Przy przyjęciu do kliniki 14. VIII. 1920 stwierdzono, co następuje: Chory jest blady, wychudzony, ciągle siąka nosem, cmoka ustami. Obfita wydzielina z nosa, nadżerki błony śluzowej i naskórka naokoło otworów nosowych. Mowa niewyraźna, jąkanie. W dzień śpi, w nocy znajduje się w stanie silnego podniecenia; całą noc prawie bez przerwy rzuca się po łóżku, przyczem tułów znajduje się ustawicznie w wężowych skrętach i jest nieraz tak silnie wygięty, iż zdaje się, że przy cokolwiek większem przegięciu powinienby się kręgosłup złamać.

Leczenie polegało z początku na podawaniu urotropiny i arszeniku, bromu na noc i zrana ciepłej kąpieli, albo koców. Po dwóch tygodniach zamiast urotropiny zaczął chory otrzymywać chininę. Od początku X. 1920 stan jego zaczął się stopniowo poprawiać. Obecnie chory lepiej wygląda i na ogół jest znacznie spokojniejszy. Niepokój występuje jeszcze tylko wieczorami. O 11 g. wieczór chory już sypia dobrze.

Obecnie stwierdza się jednak jeszcze: siąkanie nosem, cmokanie ustami, mowę niewyraźną, lekkie upośledzenie oddziaływania źrenic przy akomodacji i lekki połowiczy niedowład lewostronny.

W tym przypadku podkreślić pragnę:

1°, że na początku choroby oprócz stałego niepokoju ruchowego istniała zupełna bezsenność i w nocy i w dzień, a dopiero w dalszym przebiegu choroby wystąpiła śpiączka, i to tylko w dzień, tak, że chory po całych dniach spał.

2°, że niepokój ruchowy w tym przypadku cały szereg tygodni przejawiał się przeważnie, jak to spostrzegła Dr Sikorska, w bardzo szybkiem falowaniu tułowia, przypominającem wężowe skręty lub ruchy gąsienicy.

Przypadek VII.

E. G., lat 8, z B. Lekkie jąkanie się od dzieciństwa. W szkole uczył się dobrze. Zachorował w III. 1920.

Z początku bezsenność, podwójne widzenie i zaburzenia psychiczne, w szkole zaczął »głupio mówić«. Po nocach broił, pisał, czytał, malował aeroplany. Taki stan podniecenia trwał przez 3 dni, spał bez przerwy i w dzień i w nocy. Od 7. dnia wystąpiła znów w nocy bezsenność: w dzień spał, a w nocy broił. Ten stan utrzymuje się do dzisiaj.

Do kliniki przyjęty został 9. X. 1920. Obserwacja kliniczna wykazuje, co następuje: Przez dzień śpi, w nocy silny niepokój ruchowy; chory cmoka ustami, siąka nosem, lub chrząka, zasypia dopiero nad ranem około godz. 5 lub 6, przez całą noc porusza się, wstaje, chodzi po sali, bije pięścią o ścianę lub siebie w kolano, budzi innych chorych, stuka do okna, miewa szarpania w rękach, w tułowiu. Badanie fizyczne wykazuje: Chory chodzi przechylony ku przodowi ze zgiętą głową. W kończynach górnych widać cały szereg ruchów mimowolnych, szczególniej ręką prawą co chwila wyrzuca napizód lub uderza się nią po plecach. Patrz ryc. 2. Sam nic nie mówi. Obfite ślinienie się i zwiększone wydzielanie z nosa; dookoła ust nadżerki naskórka. Osłabione oddziaływanie źrenic na światło i przy akomodacji. Lekka hemiparesis facio brachi-cruralis sinistra, ze wzmożeniem lewostronnych odruchów ścięgnowych. Objaw Babińskiego po lewej stronie wyraźny. Przypadek ciężki. Większej poprawy niema dotychczas.

Przypadek VIII.

K. M., lat 22, żona rolnika. Miesiączkuje od 17 r. ż., za mąż wyszła w 21 r. ż.; ma 6-tygodniowe dziecko (28. VI. 1920), które karmiła dotąd piersią. Obecna choroba rozpoczęła się w styczniu 1920, gdy chora była w piątym miesiącu ciąży, gorączką, bezsennością, mimowolnemi ruchami w prawej nodze, które chora sama określiła, jako »zagarnianie prawą nogą« i zaburzeniami psychicznemi w postaci zwidywań. Po paru tygodniach wystąpiły ruchy mimowolne w prawej ręce, a po porodzie i w lewej nodze. Po trzech tygodniach początkowej bezsenności wystąpiła śpiączka: w nocy chora spała głęboko, a przez dzień była bardzo senna. Bólów żadnych nie miała.

Przy przyjęciu na klinikę 28. VI. 1920 stwierdzono poza nierównością źrenic (prawa większa, niż lewa) jedynie ruchy mimowolne w prawej ręce i w obu dolnych kończynach. Co kilkadziesiąt sekund lub co parę minut widać raptowne uniesienie prawej ręki do góry ponad głowę i wyprostowanie jej do linji pionowej. Ażeby zapobiedz temu ciągłemu unoszeniu się ręki prawej, chora przyciska ją lewą ręką silnie do piersi. Prawie równocześnie występuje nagłe wyprostowanie obu nóg w kolanach i w palcach, po stronie prawej znaczniejsze, niż po lewej.

Leczenie polegało na podawaniu arszeniku, bromu, urotropiny i stosowaniu letnich kąpieli.

26. VII. 1920 chora opuściła klinikę w stanie znacznej poprawy. Ruchy w nogach już się nie pojawiały, w ręce prawej były minimalne.

Dodatek. Objaw mimowolnego odruchowego kurczowego śmiechu i płaczu przedstawiałem po raz pierwszy 16. października w Towarzystwie krakowskich neurologów i psychiatrów, a następnie po raz drugi w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem 24. listopada 1920. Z ostatniego numeru »Presse médicale« dowiaduję się, że tensam objaw spostrzegali również Lévy-Valensi i E. Schulmann u chorej, którą przedstawili 2. grudnia 1920 w »Société de neurologie« w Paryżu [Eléments des types parkinsoniens et pseudo-bulbaire au cours de l'évolution d'une encéphalite lethargique: rire et pleurs spasmodiques (localisation pallidale?). Presse méd. Nr 91. 1920].

---

## W sprawie powstawania włókniaków macicy

podał **Dr med. Zygmunt Monsiorski** (Warszawa).

Nauka o powstawaniu włókniaków macicy czerpała dotąd materjał do swoich wniosków ze statystyki, z prac anatomopatologicznych, oraz z wywiadów, pochodzących od dotkniętych tą chorobą kobiet. Nie można powiedzieć, by wyniki osiągnięte nie miały wielkiej wartości; pomimo, że ostatniem naszem słowem w tej sprawie jest zupełny brak jakichkolwiek pewnych twierdzeń.

Dzisiejsza praca moja ma na celu zwrócenie uwagi czytelnika na specjalną metodę badania, która to metoda w ręku jednostki musi dawać tylko wyniki nikłe, ale w ręku ciała zbiorowego może zaważyć dużo, o ile jego członkowie zechcą uznać jej wartość. Oprócz przedstawienia tej metody pozwalam sobie na wyciągnięcie pewnych wniosków własnych w sprawie etjologji włókniaków macicy; wnioski te harmonizują z pracami Virchowa i Roberta Meyera w dziedzinie anatomji patologicznej, z wnioskami Pinarda w dziedzinie statystyki, z wnioskami Otta w dziedzinie kliniki. Są one albo rozwinięciem myśli wspomnianych autorów, albo pogłębieniem i rozszerzeniem ich poglądów. Sprawozdania z piśmiennictwa pisać nie zamierzam, muszę atoli dla oświetlania poglądów własnych wtłoczyć w ramy niniejszej pracy główniejsze dane z dzisiejszego stanu naszej wiedzy o powstawaniu włókniaków macicy.

Punktem wyjścia do pracy niniejszej była bezpośrednia obserwacja pewnej liczby chorych w ciągu całego szeregu lat: ta sama chora, która przechodziła te lub inne zmiany w dziedzinie narządów rodnych, zmiany każdorazowo starannie badane, dziś zjawia się u mnie z wyraźnym włókniakiem macicy. Zestawienie szeregu takich obserwacji, osobiście sprawdzanych, pozwala już na wyciągnięcie pewnych wniosków; trudność polega jedynie na tem, że takie zbiory posiadać może tylko lekarz długo w swej specjalności pracujący, oraz że względnie niewielka liczba chorych przez cały ciąg swego życia szuka porady stale u jednego lekarza. Tak czy owak metoda poszukiwań, o której tu mówię, polega na tem, ażeby jeżeli nie ostateczne wnioski, to choć materjał do wniosków opierać na dokładnej znajomości całego zlepu patologicznych warunków, wśród których powstał

włókniak. Nie koniec na tem. Niezbędnym dodatkiem obserwacji życiowo-klinicznej musi być preparat, otrzymany na drodze operacyjnej; inaczej wartość obserwacji schodzi do zera, boć wiadomo, że ten się tylko w rozpoznaniu nie myli, kto go operacyjnie lub anatomicznie nie sprawdza.

Taki materjał dla sprawy etjologji będzie o wiele cenniejszy, niż wielkie cyfry, dotyczące chorych przelotnych, choćby nawet i operowanych. Już w trakcie przygotowywania niniejszej pracy przekonałem się, że i Ott trzymał się tej samej metody w opracowaniu tego tematu, jakkolwiek wnioski jego są zdaniem mojem nie tyle fałszywe, co jednostronne. W dalszym ciągu niniejszego artykułu wytłomaczę się jaśniej z tego twierdzenia. Przechodzę obecnie do przedstawienia własnego materjału w sprawie włókniaków wogóle.

Ogółem miałem w obserwacji 112 włókniaków; z tych 63 operowane i 49 nieoperowanych. Cyfry te nie są tak bardzo małe, jeżeli zważymy, że n. p. Pozzi, który rozporządzał bardzo bogatym materjałem i dużą kliniką, w ciągu 11 lat operował włókniaków 69 (praca Daniela).

W oświetleniu zwykłych statystyk materjał mój dzieli się, jak następuje (nb. korzystam tylko z cyfr, dotyczących chorych operowanych): Zamężnych było 55, dziewic 6. Nie rodziło 30 (6 dziewic, 24 mężatek), raz rodziło 9, wieloródek 18, nie rodziło lecz poroniło 2.

Wiek chorych od 24 do 55 lat; najczęściej 36—40 lat — 33%, w innych pięcioleciach począwszy od 24 roku życia aż do 50 w przybliżeniu zapada po 10%. W zastosowaniu specjalnie do nierodzących (dziewic i mężatek) odsetek chorych w pięcioleciach od 24 do 40 roku życia jest jednakowy i wynosi razem 70% tych chorych. Dziedziczność spotkałem tylko w 1 przypadku.

Przytoczona statystyka zgadza się ze znanym dotąd faktem, że włókniaki najczęściej powstają w okresie największej działalności narządów rodnych, t. j. między 24 i 45 rokiem życia, wcześniej i później występują wyjątkowo.

Natomiast szczególnie cyfry moje obniżają wpływ dziewictwa (tylko 10%), oraz bezpłodności (zupełnie jednakowa liczba rodzących i nierodzących). Pinard specjalnie nastaje na późny pierwszy poród i zbyt wczesny ostatni. Może tu jest i część prawdy, ale wśród innych cyfr są pierwsze porody w 26 i w 28 roku życia, są ostatnie w 39 i 41. Zresztą chciałbym tu podkreślić ten fakt, że bezpłodność **nie jest** zjawiskiem **pierwotnem**; miejsce bezpłodności w statystyce powinno być rozdzielone pomiędzy te zjawiska, które ją wywołać są zdolne. Również i takie przyczyny, jak zbyt późny pierwszy poród, jako też i zbyt wczesny ostatni powinny mieć głębsze wytłomaczenie, co czytelnik w dalszym ciągu tej pracy znajdzie. Teorje zaś, wyprowadzające powstawanie włókniaków przez podniety psychiczne i płciowe (flirt), z hormonów jajnikowych, z zakażeń, jako nic nie tłómaczące, można pominąć milczeniem. Veit, przytaczając i takie przyczyny (flirt), cieszy się jednak, że Recklinghausen swoją teorją o pochodzeniu gruczolako-włókniaków z ciała Wolffa dał dobry początek dalszym poszukiwaniom na drodze anatomii patologicznej nad powstawaniem włókniaków. Istotnie ta gałąź wiedzy dużo dostarczyła materjału, ale sprawy nie rozwiązała. Nieocenione jest dla nas następujące zdanie Virchowa: »Tworzenia się włókniaków nie należy przypisywać bodźcom fizjologicznym, jakie działają n. p. przy ciąży, lecz patologicznym, t. j. albo zbyt silnym pobudzeniom miejscowym, albo też zbyt wielkiemu osłabieniu odpowiedniego miejsca«. Biorąc powyższe zdanie za punkt wyjścia, należałoby określić, jakie to bodźce patologiczne tu w grę wchodzą i w jaki mianowicie sposób one działają. Zanim jednak do tej sprawy przejdziemy, w kilku słowach zaznaczyć należy walkę anatomo-patologów o pochodzenie włókniaków. Cały szereg wybitnych uczonych (Veit, Virchow, Gebhardt, Engstrom, Robert Meyer) sądzi, że guzy te powstają z warstwy mięsnej ściany macicznej. Inni natomiast badacze, jak Rizzuti, Fridondani, doszli do wniosków, że włókniak pochodzi z warstwy mięsnej naczyń. Jeszcze inni za materjał do budowy włókniaków uważają komórki, wychodzące z naczyń włosowatych i zamieniające się następnie na komórki łącznotkankowe i mięśniowe (Klebs, Kleinwächter). Wreszcie Keiffer jest pod tym względem eklektykiem: znajdował początkowe twory włókniaków wśród włókien mięsnych, i wśród włókien tkanki łącznej, i nawet wśród ścian naczyń. Wracając teraz do zastosowania metody badania włókniaków, o którem mówiłem na początku tej pracy, najpierw zwróciło moją uwagę, że wielka liczba chorych, które przebyły stany zapalne przydatków macicznych, cierpi potem na włókniaki. Zacząłem ten fakt sprawdzać przy operacjach usuwania przydatków macicznych. Stwierdziłem, że jeszcze większa liczba takich chorych, niż dotąd myślałem, usposobiona jest do włókniaków, gdyż mogłem znaleźć de visu takie włókniaki, których istnienia dwuręcznem badaniem stwierdzić nie było można.

Z przytoczonych 61 przypadków operowanych, w 15 t. j. prawie 25% znalazłem zmiany makroskopowe w przydatkach: zapalenie jajowodów (znaczne zgrubienie ścian) 9 razy, puchlinę jajowodów (hydrosalpinx) 3 razy, ropniaka jajowodu (pyosalpinx) 1 raz, zwyrodnienie drobnotorbielowate jajnika 1 raz i torbiel 1 raz. Z innych operatorów Paweł Hundt w r. 1904 znajduje w 20% włókniaków schorzenie jajników, w 10% jajowodów; James Watt-Keen w r. 1902 przy analizie 417 przypadków znalazł 13% chorób jajowodów i jajników. Wreszcie materjał Pozziego, opracowany przez Daniela, wykazuje zmiany w przydatkach macicznych aż w 59%! Tę samą cyfrę podaje w rozprawie swojej Leon Devaux. Jak widać, nie jestem odosobniony w spostrzeganiu zmian przydatków przy włókniakach. Obserwując długie lata chore, miałem możność stwierdzić, że choroba przydatków istniała wpierw, a zjawienie się włókniaka było późniejsze. I **otóż w tem zdaniu jestem odosobniony**. Autorzy wyżej wymienieni silą się na wytłomaczenie, w jaki sposób włókniaki mogą wywoływać zmiany w przydatkach, ale ani jednemu nie przychodzi na myśl, że włókniak może być następstwem chorobowo stanu przydatków. Pozwolę sobie przytoczyć jako przykład w krótkości następujący przypadek. Chora w następstwie zakażenia po poronieniu cierpi na długotrwałe zapalenie przydatków; po wyczerpaniu bezskutecznem wszelkich środków leczniczych usunąłem jej prawy jajowód i jajnik chorobowo zmienione i usunąłem zrosty; macica była dokładnie zbadana, żadnych guzów na niej, ani w niej nie było. W kilka lat później chora literalnie prześladuje mnie żądaniem usunięcia lewych przydatków, które jej sprawiają dolegliwości przy pracy i w okresach miesiączkowania. Nie znajdując istotnego wskazania, gdyż przydatki lewe nie wydawały się powiększone, znów blisko rok starałem się odciągnąć chorą od żądania operacji. Napróżno. Po roku przystąpiłem do powtórnej laparotomji; przydatki lewe były w silnych zrostach w zatoce Douglasa, jajowód drożny; po usunięciu zrostów wykonałem tylko salpingopeksję ku przodowi. Ale nie o to chodzi: przy drugiej operacji znalazłem na macicy włókniak wielkości orzecha włoskiego. Jeżeli więc może tu być mowa nie o przypadkowości, a o jakimś wzajemnym wpływie, to tu nie włókniak wywołał zmiany w przydatkach, lecz chyba przeciwnie.

Druga grupa chorych na włókniaki, dłuższy czas obserwowanych, cierpiała na tyłopochylenia, których pomimo wielkich dolegliwości ani operować, ani krążkami poprawiać nie chciała. Ta grupa stanowi 10% operowanych. Wreszcie 5% z pomiędzy operowanych miało poprzednio nadmierne przodozgięcie, i tyleż — wypadnięcie macicy lub bardzo znaczne jej obniżenie. W sprawie przodozgięcia macicy Ott kategorycznie twierdzi, że te przypadki nadmiernego przodozgięcia, które nie dochodzą do ciąży lub które nie dadzą się usunąć środkami, jakie mamy w lecznictwie do rozporządzenia, nieodwołalnie wiodą do wytworzenia włókniaka. Jakkolwiek więc osobiście mało miałem możności stwierdzenia tej tezy, jednak nie mam powodu podawać jej w wątpliwość, tem więcej, że Ott, jak wiadomo, rozporządzał bogatym materjałem. A teza ta znów zupełnie harmonizuje z ogólną teorją powstawania włókniaków, którą zamierzam teraz rozwinąć.

Pomijając przypadki niedokładnie obserwowane, możemy stwierdzić, że pewna część włókniaków powstaje przy zmienionych przydatkach, inna część przy nadmiernem przodozgięciu macicy, inna jeszcze przy szczególnie bolesnych perjodach z tyłopochylonej lub tyłozgiętej macicy. Czy to są wszystko koincydencje przypadkowe, czy też jest w tem wszystkiem jakaś wspólna causa movens?

Wracając myślą do miejscowych bodźców Virchowa, uwzględniając, że jednak nowotwór omawiany, to tkanka mięsna, pochodząca według wszelkiego prawdopodobieństwa z warstwy mięsnej macicy, mimowoli skłaniamy się do wniosku, że **utrudniona praca mięśnia macicznego może wywołać nieprawidłowy rozrost poszczególnych jego odcinków**. Trudno tu mówić ściśle o warunkach patologicznych tej pracy mięśniowej wtedy, gdy fizjologja nie powiedziała nam w tym względzie jeszcze ostatniego słowa. Musimy się ratować porównaniem, nawet w pełnej świadomości, że porównanie nie jest jeszcze dowodem. Przy poronieniu praca mięśniowa macicy nie ulega wątpliwości; przy nadmiernem przodozgięciu macicy i towarzyszącem mu zwężeniu kanału bóle są niemal identyczne, jak przy poronieniu i to trwa dopóty, dopóki, jak należy przy-

puszczać, praca mięśnia macicy nie utoruje swobodnego odpływu krwi. Zgodzimy się, że choć perjod jest zjawiskiem fizjologicznem, ale konieczność pracy usilnej ze strony mięśnia jest bodźcem patologicznym. Takie same warunki znaleść możemy w niektórych postaciach tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy.

Przeszczepiając myśl o nadmiernej pracy mięśnia macicznego na przypadki chorób przydatków macicznych, wywołujących powstawanie włókniaków, musimy uznać za prawdopodobne, że tam, gdzie nabłonek migawkowy zdrowy mógłby sam ewentualnie wystarczyć do przesuwania jajka, tam w warunkach chorobowych, gdzie o migawkach niema i mowy, mięsień jajowodowy i maciczny musi okazywać swą czynną pomoc. Że mięsień jajowodu ma swoją rolę, wnosić można już choćby z analogicznej budowy mięśnia jelit, moczowodów, ściany naczyń krwionośnych; a mięsień maciczny wszak nie jest niczem innem, jak przedłużeniem warstw mięśniówek jajowodowych z dodaniem niektórych warstw pomocniczych. Być może, że mięsień maciczny i jajowodowy współdziała i przy przesuwaniu nasienia oprócz samoistnego ruchu plemników; być może, że nie zachowuje się on obojętnie i przy pękaniu pęcherzyka Graafa.

Choć dużo jest jeszcze hypotetycznego w teorji mojej, tezę swoją już formułuję tak: Każda przeszkoda w miesiączkowaniu, jajeczkowaniu i zapładnianiu, wymagając nadmiernej a powtarzającej się pracy poszczególnych okręgów mięśnia macicznego, wieść może do powstawania włókniaków.

Zarzuci mi kto, że w takim razie każda choroba przydatków musiałaby prowadzić niechybnie do powstawania włókniaków. Sądzę, że zbyt silne schorzenia przydatków wykluczają wędrówkę jajka, a więc i pracę mięśnia macicy.

I jeszcze jeden zarzut spotkać mnie może: dlaczego w takim razie nie ulega przerostowi mięsień całej macicy, jak to bywa w ciąży, a tylko pojedyncze jego okręgi? Na szczęście tu się kończą osobiste moje hipotezy, a odpowiedź wystarczającą znajdujemy w odczycie Roberta Meyera w Towarzystwie ginekologiczno-położniczem berlińskiem w roku 1907 i w jego ostatniem słowie zamykającem dyskusję. Preparaty mikroskopowe Meyera wykazują przedewszystkiem przejście stopniowe od tkanki mięśniaków do prawidłowych włókien mięsnych macicy w guzach zaledwie się rozpoczynających. Dokoła włókniaków znajdują się zgrubiałe włókna warstwy mięsnej, stanowiące niejako fazę przerostu, przejściową od sprawy prawidłowej do włókniaka. Wraz z Cohnheimem sądzi Meyer, że rozrost włókien mięsnych odbywa się tylko w specjalnych grupach komórek, które w warunkach chorobowych doprowadzić mogą do wytworzenia włókniaków. Większość guzów powstaje z zabłąkanych grup komórek; takie grupy znajdowano u płodów, budowa ich była odmienna.

Guzy powstające z części narządów, a budową swą zupełnie odpowiadające owym narządom, stanowią również dziś fakt niezbity, a dowodzący wrodzonych zaczątków tych guzów. W warunkach fizjologicznych znajdujemy również grupy komórek, które długi czas są w stanie uśpienia: włosy, zęby, narządy rodne. Dla powstawania metaplazji potrzeba, aby dane komórki straciły najpierw swe własności, następnie były jakiś czas niezróżnicowane, a następnie nabrały właściwości nowych. W tych warunkach nie tyle forma komórki musi być zmienioną, ile zmienione być muszą pobudki funkcjonalne. Rozrost włókniaków nie odbywa się przez nawarstwienie, lecz od środka. Widzimy tedy, że według Meyera istnieją fizjologicznie grupy komórek, przeznaczone do rozrostu danego narządu; pod wpływem zmienionych pobudek funkcjonalnych następuje rodzaj metaplazji, wytworzenie się i rozrost guza. Myśli moje, rzucone w tej pracy są, jak sądzę, rozwinięciem poglądów Virchowa i Meyera, są rozszerzeniem zapatrywań Otta. Co się tyczy wniosków Pinarda, to odrzucając wpływ bezpłodności, jego pogląd na zbyt późno następujący poród pierwszy, należy pogłębić istnieniem nieleczonego lub bezskutecznie leczonego nadmiernego przodozgięcia, tyłozgięcia, tyłopochylenia macicy, które zdążyło wywrzeć swój wpływ szkodliwy, zanim pierwsza ciąża nastąpić zdołała; pogląd zaś na zbyt wczesny poród ostatni należy pogłębić również przyczyną wywołującą, t. j. występującą już wtedy chorobą przydatków w następstwie zakażenia. Być może, że fakty, stwierdzone przez Pinarda, mają swe źródło i w przeszkodach celowo stawianych zapłodnieniu na terenie narządów rodnych zupełnie zdrowych: to nie zmienia mej formuły, gdyż i w tych warunkach możemy mieć do czynienia z nadmierną pracą mięśnia macicy.

**Piśmiennictwo.** 1. Veit. Handb. d. Gyn. — 2. Facile et Siredey. Traité de gyn. méd. chirurgicale. — 3. Müller. Zntrbl. f. Gyn. 1900. — 4. Rizzuti. Arch. ital. di gin. 1899, 3, Zntralbl. f. Gyn. 1900. — 5. Tridondani. Annal. di ostet. e. gin. 1899. Zntralbl. f. Gyn. 1900, s. 1149. — 6. Strassman u. Lehmann. Arch. f. Gyn. t. 56, z. 3, Zntrb. f. Gyn. 1899, s 61. — 7 Claisse. Th. de Paris 1900, Zntrb. f. Gyn. 1902, s. 79. — 8. Cullingworth. Journ. of Obstetr. 1902. Zntrb 1902, s. 292. — 9. M. Jones. Med. Record. 1901, Zntrbl. f. Gyn. 1902, s. 485. — 10. Debersagues. Journ. de chir. t. 1, nr 12, Zntrbl. f. Gyn. 1902. — 11. Daniel. Revue de gyn. d 7, z. I, Zntrbl. f. Gyn 1903. — 12. Hundt. Ueber Adnexerkrank. bei Uterusmyomen Dissert. Zntrbl. f. Gyn. 1904, s. 18. — 13. James Watt-Keen. Zur Pathol. d. Uterusmyome etc. Dissert. Cntrbl. f. Gyn. 1904. — 14. Devaux. Paris Thése Zntrbl. f. Gyn. 1905, s. 178. — 15. Pinard. Annal. de gyn. 1905, Zntrbl. f. Gyn. 1905. — 16. Ycard. These de Paris. De l'etiologie des fibromyomes des uterus en particulier chez les femmes multipares. — 17. Robert Meyer. Zntrbl. f. Gyn. 1907, s. 1244. — 18. I. W. Bovee. Journ. Amer. med. Ass. 1905. 25 maja. — 19 Ott. Zntrbl. f. Gyn. 1905. — 20. Seitz. Münch. med. Woch. 1911, nr 21. — 21. Henkel. Ther. d. Gegenwart. 1911, Zntrbl. f. Gyn. 1912, s. 106 — 22. Freund. Zeitschr. f. Gyn. t. 7, z. 1. — 23. Schneider. Unfall u. Gyn. Erkrank. insbesond. Myom. Inaug. Diss München 1912. Zntrbl. f. Gyn. 1914. — 24. Benthin. Zntrbl. f. Gyn. 1914. — 25. Ulesko-Straganowa. Zntrbl. f. Gyn. 1914. s. 980.

## Piśmiennictwo bieżące.

Levaditi i Harvier. **Badania doświadczalne śpiączki pląsawiczej** [1]). (Annal. de l'Inst. Pasteur 1920, Nr. 12). Już Wiesner w r. 1917 próbował przeszczepić zarazka śpiączki pląsawiczej na małpę; używszy zawiesiny tkanki mózgowej ze śmiertelnego przypadku Economo'a, wywołał on wprawdzie przez szczepienie podoponowe u małpy zachorowanie w kilka godzin z zejściem śmiertelnem po 46 godzinach i obrazem wybroczynowego zapalenia mózgowia, jednakże była to prawdopodobnie sprawa innej przyrody, niż śpiączka pląsawicza. W maju 1919 stwierdzili bowiem badacze amerykańscy Strauss, Hirschfeld i Loewe oraz Mc Intosh i Turnbull, że okres wylęgania w zakażeniu doświadczalnem jest o wiele dłuższy i że małpy nie nadają się do doświadczeń, bo ulegają zakażeniu temu trudno. L. i H. prowadzili od grudnia 1919 przez rok liczne i bardzo rozmaite badania śpiączki pląsawiczej, posługując się materjałem z kilku śmiertelnych przypadków u ludzi. Próby przeniesienia choroby na małpy zrazu zupełnie się nie udawały; w lutym 1920 powiodło się pierwsze przeszczepienie na króliki. Zarówno u ludzi, jak i królików stwierdzili L. i H. przy braku zmian widocznych gołem okiem, drobnowidowe obrazy, charakterystyczne dla śpiączki pląsawiczej, a opisywane już przez wielu autorów. Polegają one na naciekach komórkowych bądź w postaci płaszcza około naczyń krwionośnych, bądź w postaci ognisk w różnych miejscach mózgowia; nacieki te są złożone z komórek limfoidalnych i większych jednojądrowych, oraz plazmatycznych. Leukocyty wielojądrzaste prawie nie biorą tu udziału (w przeciwieństwie do nagminnego zapalenia przednich rogów — poliomyelitis anterior acuta). W wielu przypadkach (ale nie zawsze) zdarza się też neuronofagia, t. j. niejako nadżeranie przez komórki nacieku komórek nerwowych, uległych zmianom wstecznym; jest ona jednak mniej wybitna, niż w zapaleniu rogów przednich. Zmiany te sadowią się najczęściej w okolicy komory czwartej, w moście, opuszce rdzenia, w szypułkach mózgowych, ale zdarzają się też i w częściach korowych mózgu i w rdzeniu; od ich różnej siedziby zależą różnice obrazów klinicznych. Wnioski ogólne, do których doszli L. i H., są następujące: 1) Zarazek śpiączki pląsawiczej jest chorobotwórczy dla królików i świnek morskich; małpy są nań bardzo odporne. 2) Zmiany anatomiczne i objawy kliniczne są w zakażeniu doświadczalnem u zwierząt prawie takie same, jak u ludzi. 3) Zarazek śpiączki pląsawiczej jest mikrobem, przechodzącym przez sączki (porcelanowe), zachowuje swą żywotność w glicerynie, ginie w 56° C. i pod wpływem dłuższego działania kwasu karbolowego, a pozostaje jadowitym conajmniej przez dwie doby po śmierci zakażonych zwierząt. 4) Zakażenie sztuczne udaje się u królików drogą domózgową, przez oko i nerwy obwodowe; nie udaje się po zaszczepieniu podskórnem, dożylnem, do jamy otrzewnej, przez drogi odde-

[1]) Nazwa »śpiączka pląsawicza«, obejmująca obie główne grupy objawów, a utworzona na wzór nazwy »drżączki porażnej« (paralysis agitans), wydaje mi się najpraktyczniejszem, bo krótkiem a dostatecznie rzecz objaśniającem tłómaczeniem nazwy »encephalitis lethargica et choreiformis«. Określenie »śpiączka nagminna« nie byłoby natomiast wystarczające, bo nie odróżniałoby śpiączki pląsawiczej od innej, także nagminnej, śpiączki świdrowcowej (podzwrotnikowej). C.

chowe, pokarmowe i do ślinianek; po wstrzyknięciu do jąder utrzymuje się w nich zarazek conajmniej przez 17 dni i wywołuje typowe objawy i zmiany mózgowe. 5) Nienaruszona błona śluzowa nosa nie przepuszcza zarazka, natomiast staje się wrotami zakażenia w razie uszkodzenia i zapalenia. Zarazek posuwa się wtedy do mózgu prawdopodobnie przez nerwy węchowe. 6) Zarazek znajduje się w mózgu i rdzeniu, niema go natomiast w innych narządach, w płynie mózgowordzeniowym, we krwi; na zewnątrz wydostaje się zarazek z wydzielinami nosowogardłowemi. (Strauss i tow. stwierdzili jadowitość tych wydzielin dla zwierząt). 7) Nagminne szerzenie się choroby odbywa się za pośrednictwem nosa i gardła; w pierwszym rzędzie szerzą chorobę roznosiciele zarazka i lekko chorzy (przypadki poronne). 8) Zakażenie doświadczalne nie kończy się samorodnem wyleczeniem, więc też tym sposobem nie uzyskano odporności u zwierząt; uzyskano ją natomiast zapomocą szczepionek; nie jest ona bezwzględną, lecz jest dość wyraźną, by się nadawać do badania. 9) Surowica zwierząt uodpornionych szczepionką nie działa zabójczo na zarazki »in vitro«, ani nie działa zapobiegawczo. 10) Tosamo dotyczy surowicy ludzkiej — ozdrowieńców. 11) Zmiany histologiczne i eksperyment dowodzą, że zarazek śpiączki pląsawiczej różni się od zarazka zapalenia przednich rogów; niema odporności skrzyżowanej w tych chorobach. 12) Niektóre ostre gorączkowe przypadki pląsawicy, spostrzegane obecnie, są wywołane przez zarazka śpiączki pląsawiczej [2]). 13) Zarazek ten ma odmiany mniej jadowite. 14) Zarazek ten daje się utrzymać przez czas dłuższy w symbiozie z komórkami »in vitro« (sposobem Carrela). C

## Sprawy sanitarne i zawodowolekarskie w Sejmie.

Dzięki uprzejmości kol. Dr Stefana Karp' Rottermunda, posła m. Warszawy, a przewodniczącego Sejmowej Komisji zdrowia publicznego, możemy według autentycznych sprawozdań tej komisji, przedłożonych Sejmowi, podać główne zasady kilku ważnych ustaw, które Sejm wkrótce uchwali lub już uchwalił.

Ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie polskiem, której projekt wniósł był do Sejmu poseł Dr Rottermund, obejmuje w rzeczywistości szerszy zakres, niż zapowiada jej tytuł. Już bowiem w art. 1. postanawia ona utworzenie Izb lekarskich »w celu współdziałania z Ministerstwem zdrowia publicznego w sprawach wykonywania praktyki lekarskiej«, ale także »w zadaniach publicznej opieki nad zdrowiem, a zarazem dla stworzenia stałego zastępstwa stanu lekarskiego«. Prawo praktyki (art. 2) oprócz lekarzy, którzy uzyskali dyplom w polskich wszechnicach państwowych, mają bez osobnej nostryfikacji tylko ci lekarze z dyplomami niemieckiemi i austrjackiemi, którzy je uzyskali przed jesienią 1918, lub rosyjskiemi, którzy je uzyskali przed jesienią 1917. Lekarze dyplomowani w Polsce zyskują prawo praktyki tylko po jednorocznej praktyce szpitalnej, »odbytej bądź w okresie studjów uniwersyteckich, bądź po ich ukończeniu«. Lekarze, chcący praktykować, muszą się wpisać (art. 3) w Izbie lekarskiej, a potem w Państwowym Urzędzie zdrowia; tylko też oni mają prawo używać tytułu »lekarz« (art. 8). Sprawę tytułu specjalisty określi osobna ustawa (art. 9). Art. 9 zakazuje bezprawnego używania tytułów, oraz nadużywania reklamy; przekroczenia w tym względzie karze Izba lekarska. Art. 10 określa utratę prawa praktyki; nastąpić to może wskutek a) ubezwłasnowolnienia (choroby umysłowej), b) utraty praw (wyroku karnosądowego), c) odebrania (na stałe lub na pewien czas) przez Ministra zdrowia na wniosek Izb lekarskich. Art. 12 nakłada obowiązek tajemnicy lekarskiej, z wyjątkiem wobec sądów i władz według przepisów obecnie istniejących i z wyjątkiem przypadków, »w których interesowana osoba lekarza od tego obowiązku zwolni«. Art. 13 zakazuje lekarzom zajęć, nie odpowiadających godności stanu (o czem rozstrzyga bez apelacji Izba lekarska). Art. 15 nakłada obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym nagłym przypadku; odmówienie jej wtedy bez dostatecznego usprawiedliwienia będzie ścigane dyscyplinarnie nawet, gdy sprawa nie podlega przepisom ustawy karnej. Poza temi nagłemi przypadkami oraz stosunkiem służbowym lub umownym (lekarze ubogich, kas chorych, kolejowi, komunalni, fabryczni) nie może jednak być lekarz zmuszony do leczenia chorego (art. 16). Wyjątek od tego tworzy wszakże art. 17, dający prawo Ministrowi zdrowia powoływać do publicznej służby cywilnej każdego lekarza, bez względu na miejsce zamieszkania, a to do 35 r. ż. dla zwalczania epidemij, a do 42 r. ż. w czasie wojny. Powołanie takie do walki z epidemjami może wszakże nastąpić tylko w czasie wyjątkowo groźnych epidemij i klęsk elementarnych, tylko na czas ich trwania i o ile nie zgłosi się dostateczna liczba lekarzy dobrowolnie; przytem musi być wysłuchana opinja Rady ministrów, a przy reklamacjach musi być wysłuchana opinja Izby lekarskiej. Artykuł ten zapewnia lekarzom tak powołanym wynagrodzenie takie, jak wojskowym w czasie wojny, ubezpieczenie, a w razie śmierci pensję dla wdowy i sierot. Art. 18 do 21 określa sprawę wykonywania praktyki w kilku miejscowościach, sprawę przesiedlenia się i zgłaszania do Izby i Urzędu zdrowia. Art. 22 normuje sprawę wynagrodzenia za pomoc w nagłych przypadkach. Art. 23, dotyczący wogóle wynagrodzeń za praktykę prywatną, zastrzega, że jeżeli lekarz pobiera honorarja wyższe od »norm, ustanowionych dla danego okręgu«, to musi o tem uprzedzać interesowanych bądź ustnie, bądź przez ogłoszenie wywieszone w lokalu ordynacyjnym; jeżeli oddzielnej umowy o wynagrodzenie nie zawarł, to lekarz musi (art. 24) przyjąć je według taryfy, »ogłaszanej w stałych odstępach czasu przez odnośny Urząd zdrowia w porozumieniu z Izbą lekarską«. Art. 25 nakłada obowiązek pisemnych umów o posady stałe w przedsiębiorstwach prywatnych oraz kasach chorych, związkach i stowarzyszeniach; w razie wprowadzenia w tych umowach zmian warunków pracy i zniżki wynagrodzenia w stosunku do zasadniczych norm, ustalonych dla danego okręgu, zastrzega ustawa zatwierdzenie umowy przez Izbę lekarską. Art. 26 przepisuje normy świadectw lekarskich. Art. 27 przekazuje państwowym Urzędom zdrowia publ. zakres działania Izb lekarskich do czasu wprowadzenia w życie ustawy o Izbach lekarskich.

Komisja zdrowia publicznego, przedkładając ustawę tę Sejmowi, zaznacza, że wysłuchała »opinji miarodajnych czynników, przedewszystkiem reprezentacji istniejących Izb lekarskich, Związku lekarzy polskich i t. p. w porozumieniu z Rządem«. Stąd zapewne pochodzą zastrzeżenia i ograniczenia w art. 17 (powołanie lekarzy do walki z epidemjami), łagodzące jego rygory, nie w tym jednak stopniu, aby ten artykuł nie spotkał się z silnym protestem ogółu lekarzy. Stwarza on »prawa wyjątkowe« dla lekarzy; nie można go zestawiać ze służbą wojskową, która obowiązuje wszystkich obywateli na równi. Zawód lekarski był dotąd zawodem wolnym i lekarze nie byli urzędnikami, którychby można dowolnie przenosić z miejsca na miejsce. Nie znajdzie też uznania w kołach lekarskich art. 24. Nie chodzi tu o samą taryfę lekarską, bo ją w pewnych okolicach lekarze dobrowolnie wprowadzili, tylko o to, że ustawa narzuca w tym względzie przymus w całem Państwie, a wysokość taryfy oddaje »de facto« w ręce Urzędu zdrowia. Wprawdzie Urząd zdrowia ma ją ogłaszać »w porozumieniu z Izbą lekarską«, cóż będzie jednak, jeśli Urząd zdrowia... nie będzie z Izbą w porozumieniu, albo nawet będzie... w nieporozumieniu, bo i to zdarzyć się może. Znaczne wątpliwości budzi w obecnej swej kodyfikacji koniec art. 12, o zwolnieniu lekarza z tajemnicy przez »osobę interesowaną«. Niestety zapóźno na dyskusję, gdy ustawa stoi tuż przed trzeciem czytaniem; dlatego nie poruszamy też kwestyj, nasuwających się przy art. 16. Przejściowy art. 27 nie miałby wielkiego znaczenia praktycznego, jeżeli ustawa o Izbach lekarskich wejdzie w życie równocześnie z »ustawą w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej«; w przeciwnym razie mógłby być źródłem bardzo niepożądanych zawikłań. A przytem nie każdy się zgodzi z teoretyczną konstrukcją tego artykułu.

Można się obawiać, że niektóre postanowienia ustawy, jeśli pozostały w obecnej formie, okażą się niewykonalne, a artykuł 17 mógłby bardzo ujemnie wpłynąć na młodzież i odstraszyć ją od studjów lekarskich, a przez to zahamować dostateczny przyrost lekarzy w Polsce. Słyszeliśmy, że Izba lekarska lwowska zaprotestowała przeciw ustawie w obecnej jej formie.

Ustawa o Izbach lekarskich, której projekt wniósł do Sejmu również poseł Dr Rottermund, oparta jest na wzorach tych państw europejskich, w których Izby istniały i uwzględnia poczęści zapatrywania, jakie w nowszych czasach podnoszono co do Izb w kołach lekarskich. Ponieważ zapatrywania te niejednokrotnie znalazły wyraz i w »Przeglądzie lekarskim« i są powszechnie znane, przeto, zamiast streszczać całą ustawę, wystarczy tu wspomnieć, że kompetencja Izb lekarskich w Polsce obejmować ma wszystkie sprawy, dotyczące interesów, zadań, celów, godności i powagi stanu lekarskiego, oraz sprawy odnoszące się do pieczy o zdrowie publiczne (art. 3); że Izby mają zakładać i prowadzić instytucje zabezpieczające lekarzy, oraz wdowy i sie-

[2]) Może i wogóle t. zw. gośćcowa (ostra) pląsawica? C.

roty po lekarzach (art. 4). Ustawa przewiduje Walne Zjazdy wszystkich Izb (art. 9). Do Izby należą także lekarze rządowi, komunalni i wojskowi, o ile praktykują prywatnie (art. 10). Zarząd Izby ma się składać z 9 do 20 członków (art. 13). Wyboru do Zarządu odmówić mogą tylko ponownie wybrani lub liczący ponad 60 lat życia (art. 22). Ustawa wprowadza przymus wyborczy (art. 18). Rada honorowa jest władzą odrębną od Zarządu Izby, jednakże Zarząd może otrzymać mandat urzędowania także jako Rada honorowa, a członek Zarządu może być wybrany także członkiem Rady (art. 29 i 30). Kary dyscyplinarne (ostrzeżenie, napomnienie, nagana) mogą być zaostrzone ogłoszeniem wyroku z podaniem nazwiska skazanego, odebraniem (na jedną kadencję) praw wyborczych do Izby, grzywną do 10.000 Mk. Wyjątkowo może nadto Rada honorowa przedłożyć Ministrowi zdrowia wniosek o odjęcie prawa praktyki (art. 33). Przy Ministerstwie zdrowia istnieje odwoławcza Honorowa Rada dyscyplinarna, złożona z 6 członków: 4 przedstawiają Izby lekarskie, 2 zaś jest zawodowych sędziów (art. 40).

Ustawa o felczerach, wniesiona przez Rząd, zmierza do zupełnego zniesienia felczerstwa, a do jasnego określenia stanowiska i praw felczerów jeszcze istniejących. Wniesienie tej ustawy przez Rząd musi spotkać największe uznanie. Niestety ustawa ta weszła pod obrady dopiero Sejmowej Komisji zdrowia publicznego, gdzie w obradach uczestniczyli delegaci Związku felczerów, a referentem był również poseł-felczer.

Ustawa o Naczelnym Komisarzu do walki z epidemjami nietylko przelewa na tego komisarza kompetencje Ministra zdrowia w zakresie walki z epidemjami, ale nadto, zupełnie uniezależniając Naczelnego Komisarza od Ministerstwa zdrowia, nadaje Komisarzowi bardzo szerokie inne kompetencje i prawa wkraczające w atrybucje innych Ministerstw, jak uwzględnienie potrzeb komisarjatu na równi z potrzebami armji w polu, pomoc wszystkich władz państwowych, prawo wydawania powszechnie obowiązujących zarządzeń. Komisarz, mianowany przez Naczelnika Państwa, bierze udział w obradach Rady ministrów w sprawach, dotyczących zakresu swego działania i Radzie ministrów przedkłada swe sprawozdania.

Ustawa przeciwalkoholowa, uchwalona już także przez Sejm, jest powszechnie znana. Przeprowadzenie tej ustawy w Sejmie jest wielką zasługą Komisji zdrowia publicznego.

Ustawa o zdrojowiskach i uzdrowiskach, przedłożona przez Rząd, zmierza do uregulowania sprawy zdrojowisk i uzdrowisk nietylko z punktu lecznictwa i higieny, ale także z punktu ekonomicznych interesów kraju. Ustawa określa warunki i sposoby przyznawania zdrojowiskom i uzdrowiskom charakteru użyteczności publicznej i wynikające z tego charakteru prawa. Dalej ustanawia ustawa okręgi ochrony górniczej źródeł mineralnych i okręgi ochrony sanitarnej. Wreszcie stwarza ustawa komisje zdrojowe i klimatyczne i określa ich zakres działania. r.

**Lekarze okręgowi** w Małopolsce nadaremnie oczekują dotąd odpowiedzi na podania, które Związek lekarzy okręgowych wniósł był jeszcze w lipcu 1919 do Ministerstwa zdrowia, do Sejmu na ręce Marszałka i do Sejmowej Komisji sanitarnej na ręce jej prezesa Dr Rottermunda. Lekarze okręgowi, na których w wielkiej mierze polegała walka z epidemjami i z których też w ostatnich kilku latach około 40 przypłaciło to życiem, pobierają do dziś dnia płace przedwojenne (tysiąc koron rocznie), a wdowy po nich otrzymują miesięcznie dwadzieścia osiem marek emerytury!

**Sprostowanie.** W streszczeniu artykułu Cammidgea w Nr. 1. b. r. str. 13, szp. 1 opuszczono w wierszu 14 zdanie: »Nadmiar białka i tłuszczów, po wyłączeniu węglowodanów, musi wywoływać zaburzenia«, a w dopisku (szp. 2) zamiast »Lympathetic« ma być »Sympathetic«.

## Wiadomości bieżące.

**O Ministerstwo zdrowia.** Rada ministrów w toku obrad nad statutami ministerstw oświadczyła się 8. II. 1921 za utrzymaniem Ministerstwa zdrowia.

**Z Towarzystw lekarskich.** Dnia 3. lutego b. r. odbyło się doroczne Walne Zgromadzenie członków Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego w Krakowie. Na posiedzeniu tem uchwalono zmienić nazwę na Towarzystwo neurologiczne w Krakowie, z powodu mającego powstać odrębnego Towarzystwa psychiatrycznego i wybrano ponownie dawny Wydział Towarzystwa, w skład którego wchodzą: Prof. Piltz, jako prezes, Dr Zagórski wiceprezes, Dr Pieńkowski sekretarz administracyjny, Dr Rose sekretarz naukowy, Dr Artwiński skarbnik.— Polskie Towarzystwo okulistyczne w Warszawie wybrało w d. 7. II. 1921 następujący zarząd: prezes B. R. Gepner (ponownie), wiceprezes mjr. Dr Stefan Lewicki, sekretarz i skarbnik kpt. Dr Br. Koziorowski. — W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem miał 23. II. 1921 prof. Dr Godlewski, naczelny nadzw. komisarz do walki z epidemjami, wykład: »O epidemjach w Polsce«.

**Komitet lekarski francusko-polski** zawiadamia Kolegów, że termin zgłaszania abonamentów na czasopisma francuskie, wydawane przez firmę Masson et Cie, został przedłużony do końca marca b. r. Adres komitetu w Warszawie: ul. Widok 23 (w lokalu Stowarzyszenia lekarzy), adres subkomitetu w Krakowie: doc. Dr M. Gieszczykiewicz (ul. Czysta 16). (Jeden frank liczy firma Masson et Co po 5 mkp.). — Komitet i subkomitety przekształcają się obecnie w Towarzystwo lekarskie francusko-polskie, (o czem bliżej w następnym numerze »Przeglądu lek.«).

**Wydawnictwa.** »Pedyatrya polska« miała być wznowiona od stycznia b. r. w Warszawie jako kwartalnik pod redakcją M. Michałowicza i W. Szenajcha.

»Nowiny lekarskie« mają podobno wznowić wydawnictwo, czem ma się zająć komitet z udziałem prof. Dr Jurasza. Nasuwa się jednak pytanie, czy w obecnej chwili będzie to wznowienie na czasie, gdy nasze czasopiśmiennictwo walczy z niezmiernemi trudnościami i należy siły i środki skupiać, a nie rozpraszać?

**Odezwa.** Autorowie polskich lekarskich dzieł i artykułów, pragnący wzmianki i streszczenia w czasopiśmie »Internacia Medicina Revuo«, wychodzącem w języku esperanckim w Budapeszcie, zechcą przesłać pod moim adresem egzemplarz pracy

i dołączyć krótkie streszczenie, napisane czytelnie po polsku w 6—25 wierszach. — Dr M. Blassberg (Kraków, Starowiślna 18).

**Walka z epidemjami.** Rząd przedłożył Sejmowej Komisji sanitarnej sprawozdanie o zwalczaniu duru plamistego, powrotnego i cholery z uwzględnieniem działalności Naczelnego Komisarza do walki z epidemjami. Sprawozdanie to było przedmiotem dyskusji na dwu posiedzeniach komisji. Komisarjat epidemiczny Ligi narodów rozpoczął swoją działalność w Polsce, głównym kierownikiem komisarjatu w Polsce jest Dr Norman White, z ramienia komisarjatu przebywa w Warszawie pułkownik Gauthier.

**Misja sanitarna amerykańska**, złożona z 16 lekarzy z podpułk. Dr Pletzem na czele przybyła, jak donoszą dzienniki (z 17. II. b. r.), do Warszawy, aby w porozumieniu z Ministerstwem zdrowia krzewić wśród ludności higjenę przez budowę kąpieli, stacji dezynfekcyjnych, odwszawiarni. oraz roztoczyć opiekę nad dziećmi przez tworzenie przychodni i szpitali.

**Czkawka epidemiczna.** Dowiadujemy się, że przypadki czkawki epidemicznej spostrzegano podobno w ostatnich tygodniach w zachodnich powiatach Małopolski. Należałoby zwrócić na nie baczną uwagę, bo mogą one być zapowiedzią wzmożenia się śpiączki nagminnej (encephalitis lethargica choreiformis), z którą, jak się zdaje, mają jednakowe tło etjologiczne. Na ten związek obu chorób wskazują zwłaszcza spostrzeżenia, zebrane w ostatnich czasach we Francji, jak n. p. Lemoinea, Nettera, Rathery i Bordeta (Soc. medic. des hôp. de Paris 21. i 28. I. i 4. II. 1921) i Gardérea (Soc. med. des hôp. de Lyon 18. I. 1921).

**Choroby zakaźne w Krakowie** od 9. do 29. I. 1921: Płonica 30, † (zmarło) 2, błonica 4 † 1, dur brzuszny 47 † 7, czerwonka 1 † 1, nagm. zapalenie opon 1, dur plamisty 13 † 1, śpiączka pląsawicza nagm. 3 † 1. — (W wojsku pojawiała się czerwonka, dur plamisty i powrotny; między ruchem chorych w wojsku i wśród ludności cywilnej nie widać żadnej równoległości).

**Zmarli:**

Dr Kazimierz Dziembowski w Poznaniu w 61 r. ż. Dr Dziembowski był autorem całego szeregu prac, zamieszczanych przeważnie w »Nowinach lekarskich« poznańskich, ale również w »Przeglądzie lek.«. (Wlewanie podskórne w terapji 1902 r.), w »Lekarzu wojskowym« (Badanie i liczenie ciałek białych, jako czynnik rozpoznawczy w chorobach zakaźnych, 1920), »Therapie der Gegenwart« i »Berliner klin. Woch.«. Najbardziej znane są prace jego o wagotonji, ogłaszane po polsku i po niemiecku. Przez szereg lat, po ustąpieniu Dr Łazarewicza, redagował »Nowiny lekarskie«. Swoje wielkie doświadczenie zebrał w dziełku: »Krótki rys diagnostyki, oraz metod badania klinicznego«, wydanem w r. 1920 w Poznaniu niedługo przed śmiercią. W lipcu 1920 wstąpił Dr Dziembowski pomimo podeszłego wieku jako ochotnik do armji i pracował jako lekarz naczelny szpitala chorób wewn. w Poznaniu.

Dr Teofil Latoszyński, lek. kap. W. P. w Przemyślu (z duru plamistego); Jan Siedlecki, b. dyrektor szpitala, w 56 r. ż. w N. Sączu; Stanisław Nawrat, lekarz miejski w Skawinie; Gustaw Musielewicz, kierownik szpitala epidemicznego w 52 r. ż. w Buczaczu (z duru plamistego); Szymon Enoch, lek. por. W. P., w 27 r. ż. w Krzemieńcu.

**Redakcja otrzymała:** Gieszczykiewicz: 1) Recherches sur le spirochaeta icterohemorrhagiae Inada et Ido. (Annal. Pasteur 1920). 2) Sur des corpuscules apparaissant dans les cultures de spirochaeta icterohaemorrhagica. (Soc. de biol. 1920).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski**

MINISTERSTWO ZDROWIA PUBLICZNEGO.

Nr VIII. 5628/123 21. 180

## KONKURS.

Ministerstwo zdrowia publicznego niniejszem rozpisuje konkurs na **posady lekarza zakładowego w państwowych zdrojowiskach w Busku, Ciechocinku i Krynicy.**

Do posady lekarza zakładowego przywiązane są pobory VI stopnia służbowego urzędników państwowych wraz ze wszystkiemi dodatkami. Ponadto lekarze ci otrzymują mieszkanie, opał i światło za potrąceniem ich wartości z poborów ogólnych na zasadach ustalonych dla urzędników państwowych.

Warunki konkursu są następujące:

1) obywatelstwo polskie,
2) dyplom lekarski upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej,
3) znajomość lecznictwa zdrojowego.

Posady są do objęcia od 1. kwietnia 1921 roku.

Podania z dołączeniem odpisów dyplomów i świadectw względnie ze wskazaniem osób, mogących udzielić referencji oraz curriculum vitae i ewentualnym wykazem prac naukowych nadsyłać należy do Ministerstwa zdrowia publicznego Wydział VIII (Warszawa, Aleja Belwederska Nr 3) do dnia 15. marca 1921 r.

Instrukcję, obowiązującą lekarza zakładowego, przeglądać można w godzinach urzędowych: w Warszawie w Ministerstwie zdrowia publicznego (Wydział VIII Zdrojowisk i Uzdrowisk), we Lwowie w Okręgowym Urzędzie zdrowia, w Krakowie w Ekspozyturze Okręgowego Urzędu zdrowia, w Poznaniu i Toruniu, w Lublinie i w Łodzi w Wojewódzkich Urzędach zdrowia.



## KONKURS.

Magistrat m. Zgierza ogłasza niniejszem konkurs na posady:

1) lekarza szpitala miejskiego, składającego się z oddziału dla chorób wewnętrznych i zewnętrznych i chorób zakaźnych;
2) lekarza szkolnego, który miałby za zadanie stworzyć opiekę higjeniczno-lekarską nad 3.000 dzieci w 55 kompletach szkół powszechnych w Zgierzu.

Warunki płacy podług umowy. 178

Lekarze-specjaliści mają pierwszeństwo.

Oferty składać należy do 20. lutego r. b. do Magistratu m. Zgierza.

Burmistrz m. Zgierza.

## KONKURS. 179

Na posadę lekarza okręgowego:

w Narajowie mieście z płacą roczną 980 M. i ryczałtem rocz. 560 M.
w Kozłowie » » 700 » » » 490 »
w Kozowie » » 840 » » » 420 »

a nadto do każdej z tych posad dodatek miesięczny po 70 Mk. i 50% dodatek do ryczałtu. Regulacja poborów powyższych jest w toku załatwienia przez Ministerstwo zdrowia publ. w Warszawie.

Posada nadaną zostanie na razie prowizorycznie, a po roku służby nastąpić może stabilizacja.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcja służbowa z dnia 6/10 Dzukr. Nr 148.

Należycie ostemplowane podanie przy dołączeniu dyplomu i dowodu, że kandydat odbył najmniej dwuletnią praktykę w szpitalu ewentualnie zakładzie leczniczym wnosić należy najdalej po dzień 31/3 1921 do Wydziału powiatowego w Brzeżanach.

Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego